ANA VÎNTU
CALERIA LADODO

Alimentația copilului bolnav

Cm

ANA VÎNTU
CALERIA LADODO

Alimentația copilului bolnav

ANTICARIAT
LIVRUS
IAȘI

CHIȘINAU
UNIVERSITAS
1991

Scanned with OKEN Scanner

CBB 57.32
V 69

Redactor *Eugenia Proca*

A. Vîntu, C. Ladodo
V 69 Alimentaţia copilului bolnav. — Chişinău, Basarabia, 1991, 196 p.

In carte sînt descrise principiile actuale de alimentaţie dietetică a copilului bolnav, terapia dietetică a diverselor boli. Un rol mare e rezervat tabelelor ce conţin date despre componenţa chimică a asortimentelor de produse recomandate în caz de boală, sînt caracterizate produsele dietetice noi şi modul lor de folosire.

V $\frac{4108020000-020}{M751(10)-91}$ 59—91 CBB 57.32

ISBN 5—362—00685—1

©A. Vîntu, C. Ladodo, 1991
© Prezentare grafică de Vitalie Pogolşa, 1991

Scanned with OKEN Scanner

INTRODUCERE

Problema organizării corecte a alimentației copiilor, în afară de faptul că are o importanță medicinală, mai are și o importanță socială considerabilă, deoarece este un factor hotărîtor al dezvoltării ulterioare a omului.

Alimentația rațională exercită o acțiune decisivă asupra dezvoltării fizice și funcției neuropsihice a organismului copilului. Alimentația corectă mărește rezistența organismului la diferiți factori nefavorabili ai mediului extern, asigură un nivel înalt de reactivitate imunologică, joacă un rol mare în profilaxia morbidității și micșorarea mortalității infantile.

Un rol deosebit îl are alimentația copiilor bolnavi.

O importanță deosebită se acordă azi alimentației dietetice, factor al acțiunii terapeutice generale asupra organismului omului bolnav.

S-a vorbit că alimentația dietetică, elaborată în dependență de patogeneza bolii, este un mijloc eficient de restabilire a metabolismului dereglat în organismul bolnavului, contribuind astfel la însănătoșire. De aceea la organizarea alimentației dietetice trebuie să se țină cont de mulți factori: patogeneza bolii, metabolismul dereglat, vîrsta copilului, stările premorbide, existența bolilor asociate, acțiunea terapeutică exercitată.

La elaborarea sistemului de alimentație dietetică e necesar a se lua în considerare particularitățile individuale ale copilului bolnav și recomandările să i se facă în dependență de aceste particularități.

O deosebită atenție trebuie acordată alimentației copiilor sugaci, deoarece această perioadă se caracterizează printr-o labilitate deosebită a proceselor metabolice, prin apariția bruscă a schimbărilor în activitatea organelor și a sistemelor. E necesar a se lua în considerare și faptul că perioada copilăriei se caracterizează prin creștere și dezvoltare bruscă. Reieșind din acestea, trebuie să se acorde o atenție deosebită alimentației copiilor mici, să se recomande metode de tratament dietetic bine meditate, rapide și eficace.

Scanned with OKEN Scanner

Alimentaţia copilului bolnav e un proces dinamic care necesită corecţie permanentă a alimentaţiei dietetice în dependenţă de evoluţia bolii şi starea bolnavului.

Are importanţă şi organizarea alimentaţiei dietetice a copilului bolnav de vîrstă mai mare. Încălcarea cerinţelor principale ale alimentaţiei dietetice poate conduce nu numai la încetinirea însănătoşirii, dar chiar la agravarea bolii.

Organizînd alimentaţia dietetică în staţionar, e necesar a se elabora şi realiza un întreg sistem de tratament dietetic al bolnavului, respectînd concomitent principiul de bază al tratamentului: principiul individual.

În carte sînt descrise principiile actuale de alimentaţie dietetică a copilului bolnav, se fac recomandări pentru terapia dietetică a diverselor boli, sînt incluse diverse diete. Un loc mare e rezervat tabelelor ce conţin date despre componenţa chimică a asortimentelor de produse recomandate în caz de diverse boli, sînt caracterizate produsele dietetice noi şi modul de folosire a lor.

Scanned with OKEN Scanner

CAPITOLUL I

PRINCIPIILE DE BAZĂ ALE ALIMENTAȚIEI COPIILOR BOLNAVI

Alimentația dietetică este una din părțile componente principale ale complexului general de influență terapeutică asupra organismului copilului bolnav. Fiind corect organizată, elaborată în dependență de patogeneza bolii, vîrsta copilului, particularitățile de dezvoltare a lui, alimentația dietetică deseori exercită o acțiune de bază asupra evoluției bolii.

Există o grupă de boli care au la bază dereglări congenitale ale sistemelor fermentative și ale proceselor metabolice, cînd alimentația dietetică este unica metodă de tratament. Și numai o dietă specială poate asigura dezvoltarea fizică și psihică normală a copilului.

În cazul altor boli alimentația dietetică este una din metodele principale de tratament, și alte acțiuni terapeutice, fără respectarea ei, devin puțin eficace. Din această grupă de boli fac parte bolile alergice, obezitatea, bolile cronice ale organelor digestive ș. a.

La o mare grupă de boli, alimentația, neavînd rol hotărîtor în tratament, determină fondul metabolismului și mărește eficacitatea terapiei. Alimentarea rațională contribuie la ridicarea capacității fizice a organismului, reacției de protecție a lui, restabilirea sănătății dereglate. În pediatrie alimenației dietetice i se acordă o importanță anumită, din motive pe care le-am pomenit deja. De aceea, elaborînd dietele, e necesar să se țină cont de rolul pe care îl are alimentația.

Și copiii sănătoși, și copiii bolnavi au nevoie de substanțe nutritive și energie (suplimentele 1, 2, 3, 4). Dar în timpul unor boli și chiar în diferite perioade ale acestora necesitatea în substanțe nutritive de bază și în energie se poate schimba.

O importanță anumită se acordă părții proteice a rației, deoarece insuficiența proteinelor, mai ales în alimentația copilului, acționează negativ asupra proceselor reparative, reacțiilor de protecție a organismului, iar lipsa îndelun-

Scanned with OKEN Scanner

Tabelul 1

Cota proteinelor în raţiile dietetice la diferite boli

Cota proteinelor corespunde necesităţilor vîrstnice	Majorarea cotei proteinelor	Micşorarea cotei proteinelor	Schimbări calitative ale componentului proteic
1. Bolile căilor biliare	1. Hipotrofie (slăbire)	1. Glomerulonefrita cronică cu sindrom nefrotic	1. Dereglări congenitale ale metabolismului aminoacidic (fenilcetonurie, homocistinurie ş. a.)
2. Bolile cronice de ficat (în fază neactivă)	2. Anemie (proteinodeficitară)	2. Insuficienţa cronică renală	2. Enteropatia glutenică (ţeliakie)
3. Gastritele şi ulcerul (neacutizate)	3. Osteomielită		
4. Bolile rinichilor (pielonefrita)	4. Bolile cronice ale ficatului		
5. Reumatism (neacutizat)	5. Boala arşilor		
6. Pneumonie (acută)	6. Boala bronşectatică		
7. Dereglările aparatului locomotor	7. Pancreatita (în stadiul de remisiune)		
8. Boli psihoneurologice	8. Reumatism faza activă (faza de remisiune)		
9. Obezitatea	9. Ulcer (faza de acutizare)		
10. Boli infecţioase acute	10. Boli infecţioase acute (perioada de convalescenţă) — la indicaţie		
11. Pancreatita (în faza acută)	11. Perioada postoperatoare		

Scanned with OKEN Scanner

gată a proteinelor influențează procesele de creștere și dezvoltare.

Din tabelul 1 vedem că la majoritatea bolilor de copii conținutul proteinelor în rație corespunde necesităților oamenilor vîrstnici. Pentru a spori procesele reparative și a organiza funcția protein-sintetică a ficatului, pentru a ameliora funcția hematopoietică, în cazul pierderii considerabile a proteinelor, ce țin de caracterul distructiv al bolii (boala arșilor, boala bronșictatică), pentru ca în organism să domine procesele anabolice asupra celor catabolice e necesar a se mări cantitatea de proteine cu 10—15%, reieșind din norma de vîrstă. Copilul va consuma (brînză, ouă, pește, carne, lapte) enpitele proteic și degresat, alte produse dietetice speciale. Sursele principale de proteine ce se conțin în produsele alimentare sînt prezentate în tabelul 2.

Micșorarea cantității de proteine se prevede de obicei în cazul bolilor cronice de rinichi, mai ales în caz de uremie.

La o serie de boli (enteropatia glutenică, fenilcetonuria, gistidinemia ș. a.) e necesară schimbarea componenței calitative a proteinelor, consumîndu-se produse deproteinizate și amestecuri speciale și excluzîndu-se unii aminoacizi, ca-

Tabelul 2

Sursele de bază ale proteinelor*

PRODUSELE	Proteine, g/100 g a părții comestibile
Carne de vită	18,9—20,2
Carne de oaie	16,3—20,8
Carne de porc	14,6
Ficat de vită	17,4
Carne de găină	18,2—20,8
Ouă de găină	12,7
Pește (batog)	17,5
Lapte de vacă	2,9
Brînză	18,0
Brînză de Olanda	19,0—31,0
Mazăre	23,0
Fasole	22,3
Griș	11,3
Păsat de hrișcă	12,6
Pîine de grîu	7,6—8,1
Pîine de secară	4,7—6,5
Paste făinoase	10,4

*Date din tabelele „Componenta chimică a produselor alimentare", redactori I. M. Șcurishin și M. N. Volgareov „Agropromizdat", 1987.

Scanned with OKEN Scanner

Tabelul 3

Cota lipidelor în raţiile dietetice la diferite boli

Cota lipidelor corespunde necesităţilor vîrstnice	Majorarea cotei lipidelor	Micşorarea cotei lipidelor	Schimbări calitative la componentul lipidic
1. Pneumonii (acute şi cronice) 2. Reumatism 3. Dereglări ale aparatului locomotor 4. Boli psihoneurologice 5. Bolile rinichilor (pielonefrita) 6. Anemia 7. Hipotrofia (de gradul 1)	1. Glomerulonefrita cronică cu sindrom nefrotic 2. Insuficienţa cronică renală 3. Bolile cronice ale ficatului	1. Obezitate 2. Mucoviscidoza 3. Pancreatita 4. Diabetul zaharat 5. Hipotrofie (de gradul 2 şi 3) 6. Infecţii intestinale acute 7. Sindromul dereglării absorbţiei intestinale	1. Boli ale căilor biliare 2. Ulcerul 3. Dermatoze (forme anumite) 4. Mucoviscidoza

re pot cauza în organismul copilului un defect enzimatic.

O importanţă mare se acordă în procesul elaborării raţiilor dietetice componentului lipidic al alimentaţiei (valoarea calitativă şi cantitativă) (tabelul 3).

În caz de insuficienţă cronică renală se recomandă majorarea procentului de grăsimi în dietă pentru a asigura organismului o valoare calorică suficientă. E raţional să se mărească cantitatea de grăsimi în alimentaţie şi în cazul bolilor cronice de ficat (ciroză, hepatită cronică, hepatoză lipidică) prin introducerea suplimentară în raţia zilnică a uleiului vegetal (15% din cantitatea totală a trusei de produse), care contribuie la normalizarea metabolismului lipidic şi în cazul bolilor căior biliare.

În cazul ulcerului majorarea cantităţii de ulei vegetal în dietă contribuie la intensificarea proceselor reparative datorită îmbogăţirii raţiei cu acizi graşi seminesaturaţi cu activitate biologică înaltă.

În cazul bolilor alergice ale pielii volumul grăsimilor de origine vegetală cu evidenţa sensibilităţii individuale alcătuieşte 25—30% din cantitatea totală a grăsimilor, fapt ce contribuie la epitelizarea ţesuturilor, creşterea funcţiilor de protecţie a organismului şi reglarea proceselor de oxidare. Conţinutul acizilor graşi seminesaturaţi în produsele grase e prezentat în tabelul 4.

Scanned with OKEN Scanner

Tabelul 4

Conținutul acizilor grași nesaturați în diferite grăsimi alimentare (în procente)*

Aspectul grăsimii	cifra de iod	acizi saturați	acidul oleinic	acizii polienici	corelația
Unt	33	57,0	39,0	4,0	0,07
margarină	37	64,0	30,0	6,0	0,09
grăsime de vită	47	47,0	50,0	2,3	0,05
untură de porc	70	36,0	49,0	15,0	0,42
grăsime de pasăre	87	23,4	53,0	23,6	1,0
grăsime de sardea	188	23,0	23,0	54,0	2,30
ulei de măsline	86	10,0	82,0	8,0	0,8
ulei de alune	93	18,0	56,0	26,0	1,5
ulei de bumbac	108	25,0	25,0	50,0	2,0
ulei de bostan	125	19,0	37,0	44,0	2,3
ulei de susan	113	12,0	45,0	43,0	3,6
ulei de soia	120	14,0	35,0	51,0	3,7
ulei de floarea soarelui	131	10,0	30,0	60,0	6,0
ulei de porumb	125	11,0	30,0	57,0	5,0
ulei de grîu	120	11,0	45,0	44,0	4,0

* Din careta Molchanova O. P. Bazele alimentației raționale, M. Medghiz, 1979

Tabelul 5

Cota glucidelor în rațiile dietetice la diferite boli

Cota glucidelor corespunde necesităților vîrstnice	Majorarea cotei glucidelor	Micșorarea cotei glucidelor	Schimbările calitative în componența glucidelor
1. Pneumonii (acute și cronice) 2. Boli ale căilor biliare 3. Boli cronice de ficat 4. Boli cronice de stomac 5. Boli de rinichi (pielonefrita) 6. Dereglări ale aparatului locomotor 7. Boli psihoneurologice 8. Anemii 9. Hipotrofii	1. Glomerulonefrita cronică cu component nefrotic 2. Insuficiența cronică renală	1. Diabet zaharat 2. Obezitate 3. Alergodermatoze (forme anumite)	1. Diabet zaharat 2. Alergodermatoze (forme anumite) 3. Obezitate 4. Enterocolite, insuficiență lactozică secundară 5. Galactozemie și insuficiență lactozică primară

Tabelul 6

Conţinutul fibrelor alimentare în produse

Produse cu cantităţi mari de celuloză*		Produse cu cantităţi mici de celuloză**	
Produse	Conţinutul celulozei g/100 g a părţii comestibile	Produse	Conţinutul substanţelor pectinice g/100 g a părţii comestibile
Mere şi pere		caise	0,7
uscate	5,0—6,1	portocale	0,6
curmale	3,6	vişine	0,4
caise uscate	3,5	pere	0,6
prune uscate	1,6	fragi	0,7
nuci	3,4	coacăză neagră	1,1
zmeură	5,1	agrişe	0,7
fragi	4,0	zmeură	0,6
sfeclă	0,9	piersici	0,7
morcov	1,2	prune	0,9
varză	0,7	mere	1,0
crupe de ovăz	2,8	vinete	0,4
" de hrişcă	1,1	varză	0,6
" de arpacaş	1,0	ceapă	0,4
făină de ovăz	1,9	morcov	0,6
crupe de mei	0,7	sfeclă	1,1
pîine de secară	0,8—1,1	lubeniţă	0,5
pîine de grîu	1,2	bostan	0,3
fasole, mazăre	1—1,1		

*—Conform tabelului „Componenţa chimică a produselor alimentare", redactor A. A. Pocrovski M., Industria alimentară, 1976

**—Conform tabelului „Componenţa chimică a produselor alimentare", redactor M. F. Nesterin şi I. Seurichin M. Industria alimentară, 1979

Scanned with OKEN Scanner

Unele boli, ca pancreatita, mucoviscidoza, diabetul zaharat, obezitatea, hipotrofia de gradul 2—3, infecţiile acute şi disfuncţiile tractului gastrointestinal necesită limitarea lipidelor în dietă, pentru a micşora activitatea lipolitică a fermenţilor.

În caz de obezitate, la unele forme de eczemă se obţin rezultate bune cînd se înlocuieşte parţial zaharul cu xilita; în cazul diabetului zaharat — cu fructoza. Această substituire contribuie la ameliorarea indicilor metabolismului glucidic şi la ameliorarea manifestărior clinice (tabelul 5).

O mare valoare o au fibrele alimentare (FA), din care fac parte celuloza şi substanţele pectice. FA participă la formarea materiei fecale, stimulează peristaltismul intestinal, acţionează normalizant asupra funcţiei motorice a căilor biliare, stimulează procesele de excreţie ale fierii, fapt ce împiedică dezvoltarea fenomenelor de stagnare în sistema hepatobiliară. FA sînt capabile să absoarbă diferiţi compuşi, inclusiv toxinii exo- şi endogeni, colesterina, metalele grele ce se conţin în produsele de origine vegetală (tabelul 6).

O importanţă mare se acordă componenţei de vitamine a raţiei. Dereglarea proceselor metabolice în organismul copilului de obicei e însoţită de dereglările componenţei de vitamine. În mod deosebit se manifestă deficitul vitaminei C — acidului ascorbic — se determină la infecţii, boli îndelungate, patologiile cardiovasculară şi pulmonară. De aceea e important a se prevedea mărirea acidului ascorbic în raţia copiilor cu boli infecţioase acute, boli ale sistemelor pulmonar şi cardiovascular în perioada de reconvalescenţă. Nivelul suficient de acid ascorbic în diete se atinge prin alegerea produselor (legume, fructe, pomuşoare) şi prelucrarea lor culinară corectă (tabelul 7). Se ştie că scade brusc nivelul de asigurare a organismului cu vitamine C, PP, A, grupa B la bolnavii cu sistemul digestiv lezat. De aceea în aceste cazuri se vor recomanda produsele bogate în vitaminele susnumite şi se vor folosi şi preparatele polivitaminice.

Vitaminoterapia are mare importanţă şi e eficientă în cazurile patologiilor respiratorii. Vitamina A are menirea să apere epiteliul şi contribuie la regenerarea lui. Vitaminele din grupa B sînt indicate bolnavilor cu dereglări ale sistemului nervos, tractului gastrointestinal, ficatului, cu reumatisme, poliartrită, osteomielită (tabelul 8). Retinola e necesară şi copiilor cu boli ale tegumentelor şi mucoaselor, cu boli cronice ale ficatului, tractului gastrointestinal, patologii pulmonare (tabelul 9).

O importanţă mare în alimentarea dietetică se acordă

Scanned with OKEN Scanner

Tabelul 7

(Resursele principale de acid ascorbic (în 100 g de produse)*

Produsele	Conținutul acidului ascorbic (în mg)	Produsele	Conținutul acidului ascorbic (în mg)
Conopidă	70	lubeniță	38
varză	50	zămos	39
ceapă verde	30	caise	46
cartofi	20	vișine	49
ardei verde	150	pere	42
ardei roșu	250	piersice	44
pătrunjel verde	150	mere	13
salată	15	portocale	60
mărar	100	lămîi	40
țelină verde	38	grepfruturi	60
roșii	25	mandarine	38
bostani	29	fragi	60
dovlecei	15	agrișe	30
		coacăză roșie	25
		coacăză neagră	200
		măceș proaspăt	470

*După tabelul „Componența chimică a produselor alimentare", redactor A. A. Pokrovskii. M., Industria alimentară, 1976.

Tabelul 8

Conținutul vitaminelor B_1 și B_2 în produsele alimentare principale (în 100 g)*

Produsele	Conținutul (în mg)		Produsele	Conținutul (mg)	
	B_1	B_2		B_1	B_2
Făină de grîu	0,17	0,08	Mazăre	0,81	0,15
crupe de hrișcă	0,53	0,20	soia	0,94	0,22
crupe de grișcă	0,49	0,11	mazăre verde	0,34	0,19
" de ovăz	0,14	0,07	fasole	0,50	0,18
" de griș	0,08	0,04	cartofi	0,12	0,05
" de orez	0,62	0,04			
crupe de miei	0,21	0,12			
pîine de grîu	0,18	0,11			
" de secară	0,07	0,18			
carne de vită	0,52	0,14			
carne de porc	0,30	2,19			
ficat	0,07	0,44			
ouă de găină	0,09	0,16			
pește (batog)	0,03	0,13			
lapte	0,05	0,30			
brînză	0,04	0,50			
brînză picantă					

*—vezi tabelul 7

Scanned with OKEN Scanner

Tabelul 9

Conţinutul vitaminei A (retinolei) în unele produse (în 100 g de produse)*

Produsele	Conţinutul retinolei (mg)
Ficat	3,83
unt	0,50
frişcă	0,15
smîntînă 20% de grăsimi	0,15
brînză	0,10
brînză picantă	0,26
chefir	0,02
ouă	0,35
praf de ouă	0,9
peşte	0,10

*După tabelul „Componenţa chimică a produselor alimentare", redactor A. A. Pokrovskii M., Industria alimentară, 1976

Tabelul 10

Conţinutul tocoferolelor şi porţiunea α — tocoferolei conţinută în diferite produse grase**

Produsele	Tocoferolele, mg %	Porţiunea α—tocoferole %
Grăsime de porc	0,6—1,3	90
grăsime de vită	1,5—2,4	90
unt	1,0—5,0	90
ulei de floarea-soarelui	60—80	80—85
ulei de soia	50—160	4—18
ulei de bumbac	30—80	50—60
ulei de porumb	53—120	10—25
ulei de măsline	5—15	65—85

*Din cartea „Îndreptar dietologie", redactori A. A. Pokrovskii, M. A. Samosonov. M., 1981.

vitaminei E (tocoferola) şi α (alfa) — tocoferol, ce posedă activitate E-vitaminică (tabelul 10).

Tabelul 11

Conţinutul de natriu şi kaliu în produsele alimentare (în mg%)

Produsele	Coeficientul		Produsele	Coeficientul	
	Na	K		Na	K
Carne de vită	60	315	lapte	50	146
carne de oaie	60	270	frişcă	50	124
carne de porc	51	242	mazăre verde	2	285
carne de găină	110	194	dovlecei	2	238
ouă	71	153	varză	13	185
ficat	63	240	cartofi	28	568
peşte (batog)	78	338	morcov	21	200
brînză	41	112	pătrunjel	79	340
brînză picantă	1000	116	roşii	40	290
unt	74	23	mărar	43	335
pîine de secară	583	206	bostan	14	170
" de grîu	479	175	caise	30	305
Crupe de griş	22	120	prune	18	214
" de hrişcă	—	107	cireşe	13	233
" de orez	26	54	mere	26	248
" de ovăz	45	292	portocale	13	197
			agrişe	23	260
			zmeură	21	275
			coacăză neagră	32	372

Tabelul 12

Conţinutul de calciu în produsele alimentare (în mg%)

Produsele	Conţinutul de calciu	Produsele	Conţinutul de calciu	Produsele	Conţinutul de calciu
Ouă	55	chefir	146	pîine albă	32
brînză	150	mazăre verde	26	de secară	38
brînză picantă	1000	varză	48	salată	77
peşte (batog)	39	ceapă verde	121	bostan	40
lapte	121	morcov	54	vişine	38
frişcă	90	pătrunjel	245	lămîie	40
		mărar	223	fragi	40

Scanned with OKEN Scanner

O importanţă mare o are componenţa minerală a raţiei şi în special natriul.
Limitarea lui în alimentaţie se recomandă în cazul bolilor de piele şi mai ales la formele zemuinde de eczemă, sindrom hipertonic, edemaţii de geneză renală şi cardiacă, forme anumite ale patologiei renale, bolii psihoneurologice ce sînt însoţite de convulsii, forme anumite de patologie cardiovasculară. Se măreşte cantitatea de caliu în raţiile bolnavilor cu dereglări ale sistemului cardiovascular, cu reumatism, în cazul terapiei de lungă durată (corticosteroizi) (tabelul 11). Dietele ce conţin cantităţi mărite de calciu sînt folositoare pentru bolnavii ce suferă de boala bronşectatică, de alergii, osteomielită. Raţii cu cantităţi mărite de fier se recomandă bolnavilor cu anemie, boli intestinal-hepatice (tabelele 12, 13).

Astăzi este argumentată din punct de vedere ştiinţific necesitatea alimentaţiei complexe a copiilor bolnavi în perioadele timpurii ale bolii. Copiii suportă greu limitarea îndelungată în alimentare. Ei slăbesc repede şi boala se desfăşoară cu complicaţii şi are o evoluţie trenantă. Aceasta se explică prin faptul că necesitatea organismului copilului în substanţe nutritive este mai mare decît la maturi. De aceea, se consideră neraţională limitarea calitativă şi cantitativă de lungă durată în substanţe nutritive, chiar şi în cazul bo-

Tabelul 13

Sursele principale de fier

Produsele	Conţinutul de Fe (în mg %)	Produsele	Conţinutul de Fe (mg %)	Produsele	Conţinutul de Fe (mg %)
Carne de vită	2,6	Crupe de griş	2,3	Pere	2,3
carne de oaie	2,0	de hrişcă	8,0	piersici	4,1
carne de porc	1,6	de orez	1,8	prune	2,1
carne de găină	3,0	fulgi de ovăz «Hercules»	7,8	mere	2,2
ouă	2,7	crupe de ovăz	3,9	zmeură	1,6
ficat	9,0	de mei	10,7	coacăză roşie	0,9
pîine de secară	2,6	conopidă	1,4	coacăză neagră	1,3
"—" albă	2,4	morcov	1,2	măceşe proaspete	11,5
		pătrunjel	1,9		
		mărar	1,6		

Scanned with OKEN Scanner

Tabelul 14

Componența chimică a laptelui la diferite animale*

Lapte	In g				In mg				Vitamine, în mg			
	proteine	grăsimi	glucide	calorii	kaliu	calciu	magneziu	fosfor	B_1	B_2	PP	C
de vacă	2,8	3,5	4,7	58	146	120	14	91	0,03	0,13		101,0
de iapă	1,5	1,6	6,2	46	81	83	7	54	0,03	0,14	—	25,0
de capră	2,9	3,8	4,3	55	145	147	13	126	0,04	0,18	0,30	3,0

*Citat după „Indreptar dietologic", redactori M. A. Samsonov și A. A. Focrovskii. M., 1981

lilor acute, mai ales la copiii sugaci. Pe măsura dispariției fenomenelor acute de intoxicație, alimentația trebuie treptat să devină mai variată și mai complexă, conform caracteristicilor sale calitative și cantitative. E necesar a se chibzui bine alimentarea sugacilor, pentru că sistemele funcționale ale organismului lor au posibilități limitate de adaptare la hrană și orice inexactitate în alimentare, mai ales în perioada acută a bolii — încălcarea regimului, abuzul de anumite alimente, folosirea insuficientă a lichidului — pot conduce la dereglări foarte grave ale organismului, ce se restabilesc greu.

Indiferent de faptul că astăzi sînt elaborate recomandații metodice în ce privește alimentarea în timpul oricărei boli, pentru fiecare copil ea va avea particularități și caracteristici individuale.

E foarte important să se țină cont și de perioada bolii, căci în dependență de perioada procesului — faza acută, activizarea procesului cronic, perioada reparativă ș. a. m. d.— trebuie să se schimbe măsurile dietetice.

Alimentarea dietetică e un proces dinamic și ea se schimbă în dependență de perioada bolii.

Indicîndu-se alimentarea dietetică copilului, e important a se ține cont și de terapia medicamentoasă. In cazul folosirii îndelungate a preparatelor hormonale, care accelerează procesele catabolice și mărirea consumului energetic, în rațiile dietetice e necesar a se introduce cantități mărite de proteine și produse bogate în calciu.

Tratamentul îndelungat cu antibiotice și sulfanilamide poate conduce la insuficiență acidă de folic. De aceea în alimentarea acestor bolnavi trebuie introduse produse bogate în acid folic (ficat, conopidă, verdețuri).

O mare importanță o are și regimul alimentar al copilului bolnav. În majoritatea cazurilor de boală e necesar ca masa să se ia de 5—6 ori pe zi. Cea mai rațională e următoarea repartizare a valorii calorice: 10% — gustarea de dimineață (chefir), 25% — dejunul, 30% — prînzul, 10% — gustarea, 25% — cina. Acest lucru permite micșorarea intervalelor între mese și micșorarea cantității de hrană la fiecare masă. O repartizare relativ uniformă a alimentației în timpul zilei asigură asimilarea suficientă a produselor alimentare, fapt ce permite restabilirea funcțiilor dereglate ale organismului copilului bolnav. În cazurile cînd particularitățile procesului patologic necesită un alt regim, o altă repartizare a valorii calorice numărul de mese poate fi stabilit individual pentru întreg termenul necesar în scopul ameliorării stării bolnavului.

O mare importanță o are și calitatea hranei: bucatele trebuie să fie atrăgătoare, să aibă o temperatură anumită, să fie variate, pregătite din produse de calitate superioară. Cantitatea de hrană, volumul bucatelor trebuie să corespundă vîrstei copilului (suplimentul 5).

Se știe că tratarea copilului bolnav e posibilă numai dacă sînt respectate principiile patogenezei de bază, argumentate, deoarece anume alimentația în complex cu alte măsuri terapeutice asigură normalizarea verigii complicate a organismului în creștere.

Conform concepției academicianului A. A. Pokrovskii, scopul alimentării dietetice se reduce mai întîi de toate la determinarea corelației dintre dereglarea sistemelor fermentative ale organismului și ale structurii chimice a hranei pe calea acomodării chimice a rației și a stării fizico-chimice a substanțelor nutritive la particularitățile metabolice ale organismului.

În această ordine de idei un rol important aparține alegerii corecte a produselor, cunoașterea componenței și a proprietăților lor curative joacă un rol important în reglarea metabolismului și a restabilirii lui în caz de diverse boli. E necesar a se respecta proporția anumitor produse în rație, metoda de prelucrare culinară, termică, gradul de fărîmițare mecanică.

CAPITOLUL 2

CARACTERISTICA PRODUSELOR ALIMENTARE PRINCIPALE, FOLOSITE ÎN ALIMENTAȚIA COPIILOR

Laptele și produsele lactate. Laptele și produsele din lapte (chefirul, laptele acru, acidofilina) sînt produse obligatorii ale alimentației dietetice.

În alimentația dietetică a copiilor se folosește mai des laptele de vacă, care este un produs foarte prețuit. Laptele nu conține substanțe extractive, micșorează aciditatea sucului gastric și e foarte folositor în caz de gastrită, ulcer, bolile căilor biliare și ale ficatului. Laptele de vacă conține 2,8% de proteină complexă, din diverși aminoacizi indispensabili — lizină, metionină, triptofan, leicină, valină, arginină, care fac ca laptele și produsele lactate să se deosebească prin activitate lipotropă pronunțată. Lecitina posedă și acțiune antimicrobiană. Grăsimea laptelui de vacă are și ea o serie de proprietăți: fiind o emulsie subțire, ea e ușor asimilabilă, deși conține diverse cantități (de la 3,5 pînă la 6%) de grăsime și zahăr lactat — lactoză (4—5%). Laptele e bogat în diferite săruri minerale, mai ales în calciu (0,5 g/l) și fosfor (0,95 g/l). Trebuie să se țină cont de faptul că calciul din lapte e ușor asimilabil (în comparație cu calciul din alte produse).

Laptele conține și kaliu, care prevalează asupra natriului (corelația dintre natriu și kaliu — 1:2,5) și asigură efectul diuretic. Laptele conține puțin fier ușor asimilabil. Mai conține și vitamina C, grupa B, A, D, E ș. a. În alimentația dietetică se folosește și laptele altor animale, în special laptele de capră și de iapă, componența cărora e indicată în tabelul 14. Acest lapte e folosit mai des în alimentația copiilor, organismul cărora manifestă intoleranță. Laptele natural poate fi folosit în alimentația copiilor numai după o prelucrare termică. Și produsele lactate acidulate se întrebuințează în alimentarea copiilor. În procesul fermentației acidolactice în ele se formează un antiseptic puternic — acidul lactic. Mediul acid contribuie la absorbția calciului, fierului, vitaminei D, ameliorează procesele digestive și asimilarea hranei în urma măririi activității fermenților intestinali, măririi secreției sucului gastric, normalizează

peristaltismul, el participă la disocierea proteinei laptelui — cazeinei. Produsele lactate acidulate posedă şi acţiune bacteriostatică, împiedicînd înmulţirea microbilor de putrefacţie şi patogeni, normalizează flora microbiană a intestinului. Produsele lactate acidulate conţin cantităţi mărite de vitamine B_2 şi B_{12}. Din produsele acidolactice în alimentaţia copiilor se foloseşte mai des chefirul, biolactul, amestecurile acidofilice şi amestecurile pe baza bifido-bacteriilor («Bifilin» ş. a.). Chefirul de o zi posedă acţiune laxativă, iar de 2—3 zile — acţiune antidiareică. Datorită proprietăţilor indicate produsele lactate acidulate se folosesc cu succes în alimentaţia dietetică, mai ales la tratarea infecţiilor intestinale, bolilor neinfecţioase cronice ale intestinului, disbacteriozei, bolilor somatice (rahitism, hipotrofie, anemie, pneumonie, colecistite ş. a.), patologiilor gastrointestinale însoţite de aciditate scăzută, la anorexii în cazul folosirii îndelungate a antibioticelor.

Un produs important folosit în alimentaţia dietetică a copiilor este brînza. Ea e bogată în proteină complexă (14—18%), care conţine o cantitate mare de aminoacizi indispensabili, ce se află în echilibru, e bogată în metionină, care are o importanţă mare pentru organismul în creştere şi pentru bolnavii cu boli de ficat. Proteinele brînzei se supun mai uşor digestiei decît cele ale laptelui, e fapt ce ţine de denaturarea proteinei lactate care apare în procesul prelucrării termice, ea devenind mai accesibilă pentru fermenţii proteolitici. În brînză se mai conţine o cantitate mare de calciu, kaliu şi fosfor, ceea ce face brînza un produs important pentru copiii bolnavi de rahitism, cu dereglări ale metabolismului calciului şi fosforului.

Dintre produsele lactate cu cantitate înaltă de proteine face parte brînza picantă, care mai conţine şi grăsimi, săruri de calciu şi fosfor. Pentru copiii de vîrstă antepreşcolară sînt indicate sorturi neiuţi de brînză picantă, se permite şi folosirea brînzei topite. Brînza picantă e bine a fi folosită ca produs bogat în proteine şi grăsimi, care sînt indicate în alimentaţia copiilor slăbiţi, în perioada reconvalescenţei după boli infecţioase, intervenţii chirurgicale.

Frişca e şi ea un produs lactat, foarte bogat în grăsimi, mai ales în grăsime emulgată. Se foloseşte în alimentaţia bolnavilor cu dereglări ale sistemului gastroduodenal. Smîntîna e bogată în grăsime lactată şi poate fi întrebuinţată pentru dregerea supelor.

Carnea şi produsele din carne. Dintre produsele proteice de valoare completă fără îndoială, face parte carnea. Ea con-

Scanned with OKEN Scanner

ţine 18—20% de proteine de origine animală. Proteinele din carne conţin aminoacizi necesari pentru organismul copilului.

În carne se găseşte şi o cantitate mare de substanţe extractive, care dau produsului un gust specific. Substanţele extractive stimulează secreţia gastrică şi măresc pofta de mîncare. Unele boli necesită limitarea sau excluderea din alimentare a substanţelor extractive (ulcer, colecistită ş. a.). Aceasta se obţine prin prepararea culinară specială a produselor cărnoase. Carnea e bogată în săruri de fosfor, kaliu, natriu, magneziu, calciu. În carne se conţin vitamine din grupa B. În alimentarea dietetică sînt foarte folositoare carnea de vită, de găină, pui, de iepure, de porc (slabă), de oaie, mai poate fi folosit creierul, limba, inima ş.a. O întrebuinţare largă o are ficatul, care conţine vitaminele A, D, grupa B, săruri de calciu, fier, microelemente, care acţionează binefăcător în caz de anemie. În ficat se conţin cantităţi considerabile de cupru, ce contribuie la regenerarea hemoglobinei.

În alimentaţia copilului bolnav pot fi folosite şi conserve de carne. O valoare mare o au conservele de carne specializate, pregătite pentru alimentarea copiilor.

Peştele şi produsele din peşte. Peştele nu e mai puţin folositor decît carnea. El conţine aproape 19% de proteine de calitate înaltă, proteinele peştelui sînt digerate şi se asimilează mai uşor decît proteinele cărnii. Cantitatea de grăsimi în peşte e foarte variată. Grăsimea de peşte conţine vitaminele A, D, acizi graşi, seminesaturaţi cu activitate biologică înaltă şi fosfatizi. Dar grăsimea de peşte în cantităţi mari e suportată greu de către copii. Pentru alimentaţia dietetică a copiilor se folosesc specii slabe de peşte (batog, hec, şalău), care e bine să fie pregătite ca file.

Ouăle. Un produs valoros în alimentaţia dietetică sînt ouăle de găină. Gălbenuşul de ou conţine grăsime, lecitină, săruri de fosfor, fier, calciu, cobalt, cupru, iod, vitamine A, D, B_1, B_6, E, ceea ce face deosebit de folositoare întrebuinţarea lui în alimentarea bolnavilor cu dereglări ale proceselor hematopoietice. Asimilarea grăsimii gălbenuşului e destul de înaltă şi alcătuieşte 96—97%. Grăsimea gălbenuşului e bogată în lecitină şi colesterină. Asimilarea ouălor crude e mai grea decît a celor fierte, ba mai mult, ouăle crude pot fi populate de microorganisme, de aceea folosirea lor în alimentaţie nu se recomandă.

Pîinea şi produsele de panificaţie. Pîinea se întrebuinţează zilnic în alimentaţia copiilor. Ea e bogată în glucide şi

Scanned with OKEN Scanner

proteine de origine vegetală, dar valoarea biologică a proteinelor pîinei este comparativ joasă, deoarece ea conţine puţini aminoacizi, precum sînt lizina şi treonina. Pîinea e bogată în substanţe minerale, mai ales în microelemente, şi conţine cantităţi considerabile de vitamine din grupa B.

În alimentaţia dietetică se admite folosirea atît a pîinei de grîu precum şi a celei de secară (cea de grîu se digeră şi se asimilează mai uşor). Asimilarea pîinei depinde de măcinat: cu cît măcinatul e mai mărunt, cu atît asimilarea e mai uşoară. Pîinea de secară conţine multă celuloză, contribuind la desfăşurarea digestiei normale. Valoarea biologică a proteinelor pîinei de secară e mai înaltă decît valoarea biologică a pîinei de grîu, pentru că pîinea de secară conţine acidul indispensabil — lizina. Ţinînd cont de calităţile indicate ale pîinei de secară, e binevenit consumul ei de cei ce suferă de constipaţii, dar e contraindicată pentru bolnavii de colecistită, ulcer. Copiilor ce au bolile indicate le este contraindicat consumul de pîine proaspătă, deoarece ea posedă o înaltă acţiune excitosecretorică.

Crupele, păstăioasele, pastele făinoase. În alimentaţia copiilor se întrebuinţează un asortiment divers de crupe: de hrişcă, de ovăz, de griş, de orez. Crupele sînt bogate în glucide şi conţin cantităţi mari de săruri minerale (kaliu, fosfor, magneziu, fier, calciu) şi vitamine din grupa B.

În alimentaţia copiilor mici o întrebuinţare largă o au crupele de o v ă z, mai ales «hercules», care conţin o cantitate mare de proteine de origine vegetală sînt bogate în săruri minerale (kaliu, calciu, fosfor, magneziu şi fier) şi vitamine din grupa B. Crupele de ovăz se asimilează uşor şi au o acţiune de stimulare asupra peristaltismului intestinal. În timpul fierberii îndelungate crupele de ovăz se transformă în mucilagiu cu acţiune corespunzătoare şi se întrebuinţează des la bolile de stomac şi intestin. Crupele de ovăz posedă acţiune lipotropică, datorită căreia se folosesc la bolile de ficat. La îmbinarea crupelor de ovăz cu lapte se măreşte simţitor asimilarea calciului, de aceasta trebuie să se clarifice dacă copilul nu suferă sau nu are simptome de reumatism.

H r i ş c a posedă şi ea calităţi nutritive foarte înalte: conţine cantităţi destul de mari de proteine cu predominare de aminoacizi. Deosebit de valoroasă e îmbinarea crupei de hrişcă cu laptele, deoarece în acest caz componenţa aminoacidică devine favorabilă pentru organism. Hrişca conţine multă lecitină, fier, fosfor. Se asimilează mai uşor crupele

mărunte, iar crupele măşcate conţin multă celuloză ce micşorează valoarea ei nutritivă.

Şi orezul se foloseşte în alimentaţia copiilor mici. El e sărac în proteine, bogat în amidon, conţine puţină celuloză, posedă calităţi gustative înalte şi se asimilează uşor. De aceea bucatele din orez sînt deosebit de folositoare la bolile tractului gastrointestinal.

Grişul se digeră şi se asimilează uşor. E sărac în celuloză, relativ bogat în fier, are o întrebuinţare mare în alimentaţia dietetică.

Meiul se asimilează mai greu şi conţine grăsimi uşor oxidabile, de aceea se foloseşte mai rar în alimentaţia dietetică a copiilor.

Păstăioasele (mazărea, fasolea) conţin multe proteine şi vitamine din grupa B, dar pentru că conţin celuloză greu asimilabilă se folosesc rar în alimentaţia dietetică a copiilor.

Există şi sorturi specializate de crupe cu valoare biologică înaltă. Acestea sînt crupele «Sănătate», «Pionerească», «Sportivă» ş. a., pregătite din făina anumitor graminee cu adăugarea substanţelor ce măresc activitatea lor biologică (inclusiv a laptelui degresat). Specii separate ale acestor crupe pot fi recomandate pentru alimentaţia copiilor bolnavi.

Pastele făinoase sînt bogate în proteine, posedă calităţi gustative înalte şi se asimilează uşor, de aceea ele pot fi folosite în alimentaţia copiilor bolnavi.

Zahărul şi produsele de cofetărie. Zahărul e un produs ce posedă calităţi energetice înalte şi se asimilează de minune. Adăugarea zahărului la prepararea diverselor bucate face să crească capacitatea lor de asimilare şi ameliorează gustul bucatelor. Dar surplusul de zahăr e dăunător organismului, deoarece scade pofta de mîncare, conduce la dereglări ale metabolismului, obezitate.

Dintre dulciuri în alimentaţia dietetică pot fi folosite dulceaţa, biscuiţii, marmelada, bomboanele din paste de fructe, mierea.

Mierea posedă calităţi nutritive foarte valoroase, deoarece conţine glucide uşor asimilabile, vitamine, diverse săruri. Dar nu toţi copiii o suportă uşor, de aceea e necesar a se ţine cont de întrebuinţarea acestui produs.

Grăsimile au o importanţă mare în alimentaţia dietetică a copiilor. Dintre grăsimi pentru copii cea mai indicată este untul, componenţa căruia contribuie la digestia şi asimilarea lui. Untul conţine aproape 78% de grăsime

Scanned with OKEN Scanner

complexă. Valoarea grăsimilor de origine animală constă în conținerea vitaminelor A și D și calitățile gustative înalte. E necesar a se ține cont de faptul că la prelucrarea termică untul pierde o serie din calitățile sale valoroase, de aceea el trebuie să fie folosit în aspect natural — uns pe pîine sau în bucatele gata preparate.

Nu mai puțin important în alimentația copiilor mici o au și grăsimile de origine vegetală, valoarea cărora e condiționată de conținutul în ele a unei cantități mari de acizi grași nesaturați (acidul linolenic, linolic, arahidonic), posedînd activitate biologică înaltă, vitamine E și K și fosfatide. Calitățile curative ale grăsimilor vegetale sînt determinate și de acțiunea lor de secreție biliară, acțiunea diareică și lipolitică. La prelucrarea termică a grăsimilor se micșorează valoarea lor biologică, se formează produse de oxidare, care excită tractul gastrointestinal, vezica biliară, parenchimul ficatului. De aceea la gastrite, ulcer, colecistite și hepatite alimentele prăjite sînt excluse. Grăsimile greu fuzibile și margarina nu se folosesc în alimentația dietetică a copiilor.

Legumele, fructele, pomușoarele. Un rol mare în alimentația dietetică a copiilor aparține legumelor, fructelor, pomușoarelor, verdețurilor. Aceste produse posedă calități gustative minunate, sînt surse de vitamine, săruri minerale, acizi organici, substanțe pectinice, aromatice și tanante.

Majoritatea legumelor și fructelor conțin puține proteine; fiind întrebuințate, ele ameliorează considerabil asimilarea proteinelor altor produse (carne, pîine, crupe). Asimilarea medie a proteinelor produselor din carne, pîinei, crupelor și pastelor făinoase fără legume alcătuiește 71%, iar dacă se consumă și legume, asimilarea proteinelor crește pînă la 85%.

Legumele și fructele sînt bogate în acizi organici, care măresc secreția glandelor digestive și activitatea lor fermentativă. De aceea gustările din legume pot fi folosite cu succes înainte de a lua masa pentru a mări pofta de mîncare. Dar, la colecistite, gastrite hiperacidice, ulcer, unele produse vegetale se exclud (ceapa, pătrunjelul, ridichea, mărarul), deoarece în ele se conțin substanțe extractive. Substanțele aromate și acizii organici condiționează gustul și mirosul fructelor și pomușoarelor (acizii citric, malic, tartric). Deosebit de des în fructe se conține acidul citric, el imprimă produselor un gust plăcut. Acidul citric îl conțin în special citrușii, coacăza neagră, zmeura, răchițelele.

Legumele și fructele sînt bogate în substanțe pectinice,

Scanned with OKEN Scanner

care posedă calităţi de tumefiere şi formare în intestin a unei mase laxe, absorb substanţele toxice şi contribuie la eliminarea lor din intestin. Se crede că substanţele pectinice ce se conţin în legume şi fructe posedă calităţi bactericide şi contribuie la epitelizarea ţesuturilor. Deosebit de multe substanţe pectinice se conţin în mere, morcovi, pătrunjel, cartofi, dovlecei, vinete. Unele legume au proprietăţi fitoncide. S-a stabilit că fitoncidele plantelor pot avea o acţiune bactericidă şi pot mări reacţia imunologică a organismului.

Legumele şi fructele sînt bogate în substanţe tanante (tanin), datorită cărora ele sînt folosite în calitate de constipante la enterocolite. Substanţele tanante fac ca fructele să aibă un gust aspru, acru. Şi se conţin în afine, coarne, gutui, coacăză neagră, vişine. Substanţele tanante, mai ales taninul, ce se află în cantităţi mari în ceai, scoruşe, granate, posedă acţiuni de dezinfecţie şi antiinflamatorii.

Foarte bogate în substanţe minerale sînt legumele şi fructele. Kaliul se conţine în special în fructe uscate, verdeţuri, cartofi, varză, bostan, harbuji, zămoşi, ananaşi, banane, coacăză neagră ş. a.

Cantităţi considerabile de calciu se conţin în pătrunjel, caise uscate, poamă uscată, ceapă verde. Magneziul se conţine în multe produse, dar cantităţi deosebit de mari se află în caise uscate, stafide, pătrunjel verde, spanac, curmale.

Fosforul se conţine în morcov, salată, sfeclă, conopidă, mazăre verde, caise, piersici, caise uscate, poamă uscată, prune uscate ş. a.

Merele, perele, prunele, smochinele, conopida conţin mult fier, bananele şi portocalele conţin iod, cuprul se află în sfeclă şi mere, în verdeţuri şi sîmburoase. Fructele şi legumele mai posedă o calitate valoroasă: ele sînt sursa principală de vitamine solubile în apă. Legumele şi fructele conţin foarte mult acid ascorbic, rutin, acid folic, vitamina B_1. Acidul ascorbic îl conţin în special măceşele, ardeii dulci, coacăza neagră, varza-de-Bruxelles, spanacul, portocalele, lămîile, mandarinele. Tiamina (vitamina B_1) se conţine în păstăioase, sfeclă, varză şi alte legume. Spanacul, morcovul, conopida, mazărea verde, salata sînt foarte bogate în acid folic, care e puţin rezistent şi la fierberea legumelor se distrug 70—97%, de aceea e foarte important ca legumele şi sucurile să se consume în stare proaspătă. Carotina se conţine în cantităţi mari în cătină albă, scoruşe, morcov, spanac, roşii, păstăioase, coacăză neagră, portocale, mandarine.

În păstăioase, nuci verzi, spanac, cartofi, banane se află mult acid nicotinic; vitamina K se conţine în cantităţi con-

Scanned with OKEN Scanner

siderabile în spanac, varză și conopidă, mazăre, părțile verzi ale plantelor.

Acidul tartronic se conține în legume și fructe, mai ales în castraveți, și împiedică transformarea glucidelor în grăsimi, de aceea el e indicat în special copiilor obezi. O întrebuințare largă în alimentația dietetică o au bucatele preparate din cartofi. Cartoful conține proteine valoroase, e bogat în kaliu și fosfor, conține vitamina C și vitaminele din grupa B. În comparație cu alte tuberculifere cartoful e sărac în celuloză și e bogat în amidon. Mai bine se asimilează cartoful din pireu, și mai rău — cel prăjit.

Atunci cînd lipsesc fructele și pomușoarele proaspete, se pot folosi compoturi și sucuri. Sucurile pot fi limpezite și nelimpezite. Sucurile nelimpezite conțin miez omogenizat de fructe. Ele își mențin calitățile folositoare, au un gust și miros plăcut. Pentru alimentația copiilor industria produce sucuri de mere, caise, vișine, zmeură, prune, coacăză neagră, de morcov și tomate. În afară de aceasta în alimentația dietetică se pot folosi pireuri din fructe și legume conservate special pentru copii. Deosebit de folositoare pentru copii sînt conservele de morcov, spanac, mazăre verde, mere, caise ș. a. Pireurile conservate din fructe și legume pentru alimentația copiilor se pregătesc din cele mai bune soiuri de fructe și legume, cu folosirea tehnologiei moderne, ce permite a păstra calitățile lor, o mare parte din vitamine, săruri minerale și substanțe pectinice.

Scanned with OKEN Scanner

CAPITOLUL 3

PRODUSELE DIETETICE NOI

În ultimii ani sînt elaborate o serie de produse cu componenţă specială. Folosirea acestora în alimentaţia dietetică uşurează formarea raţiilor dietetice adecvate pentru copiii ce suferă de diferite boli.

În ultimii ani în practica clinică o întrebuinţare largă o au produsele dietetice speciale, elaborate de Institutul de alimentaţie al A.Ş.M. a U.R.S.S. Aceste produse au fost denumite enpit — produse pentru alimentaţie enterală.

Enpitele prezintă amestecuri nutritive uscate, pregătite pe baza proteinelor lactate uşor asimilabile, ce posedă valoare biologică înaltă. Diverse forme de enpite sînt îmbogăţite cu grăsimi, glucide, cu un complex larg de vitamine, cu substanţe minerale necesare.

Enpitele contribuie la mărirea toleranţei şi rezistenţei organismului la restabilirea masei corpului, la însănătoşirea mai rapidă după intervenţii chirurgicale şi boli.

Enpitele se întrebuinţează ca bucate de sine stătătoare sub formă de băuturi şi adaosuri la diverse mîncăruri din lapte, crupe, legume, carne şi pot fi folosite pentru alimentaţia prin sondă a bolnavilor gravi.

Enpitele pot fi folosite un timp îndelungat fără limitări. Termenul de întrebuinţare este determinat în dependenţă de starea generală a bolnavului, dinamica bolii. Există următoarele forme de enpite: enpit proteic, enpit grăsos, enpit degresat şi enpit antianemic.

Enpitul proteic e un produs dietetic ce se caracterizează printr-un conţinut înalt de proteine complexe, îmbogăţite cu acizi graşi nedispensabili, vitamine solubile în apă şi grăsimi, preparate de fier (tabelul 15).

În calitate de component proteic de bază la pregătirea enpitului proteic se foloseşte proteina lactată uscată solubilă — cazecita, care conţine aproape 80% de proteină lactată şi adaos cu activitate biologică înaltă sub formă de acid citric, care asigură asimilarea optimală a sărurilor de calciu. Valoarea biologică a cazecitei se explică prin corelaţia fi-

Tabelul 15

Componența chimică a enpitului proteic

Ingredienți alimentari	Produsul uscat	Produsul restabilit (15g la 100 ml de apă)
Proteine, g	47,2	7,08
grăsimi, g	13,5	2,03
Glucide, g	27,9	4,19
Substanțe minerale, mg:		
natriu	595	89,3
kaliu	972	145,8
calciu	755	113,3
magneziu	139	20,9
fosfor	690	103,5
fier	72,6	10,9
Vitamine, mg:		
A	0,12	0,08
D_2	0,008	0,0012
E	2,20	0,33
B_1	1,1	0,165
B_2	2,4	0,36
B_6	1,1	0,165
PP	9,4	1,41
C	44,0	6,6
Valoarea calorică, kcal	415	62,2

ziologică înaltă a microelementelor ce intră în componența ei — kaliu, natriu, calciu și fosfor.

Componența lipidică a produsului e prezentată de grăsimea lactată și de grăsimea de origine vegetală în raport de 75:25, ceea ce asigură componența necesară a acizilor grași seminesaturați și un grad înalt de asimilare a grăsimilor.

Componența glucidică a enpitului proteic se caracterizează printr-un conținut mic de lactoză, ce preîntîmpină dezvoltarea reacțiilor alergice la persoanele care sînt foarte sensibile față de acest glucid.

Enpitul proteic e ameliorat cu vitaminele A, D, E, B_1, B_2, B_6, PP, C, glicerofosfat de fier.

În procesul pregătirii produsului se folosește omogenizarea, care mărește gradul de dispersie a grăsimii lactate și asigură gradul ei înalt de asimilare.

Adaosul sărurilor acidocitrice conduce la formarea unui cheag proteic moale, care se asimilează ușor.

Enpitul proteic poate fi folosit cu succes la tratarea diverselor categorii de bolnavi. În primul rînd el se recomandă în cazul deficitului de proteine în organismul bolnavilor ce au pofta de mîncare scăzută, dereglări ale stării fizice,

însoţite de scăderea masei corpului, boli cronice ale ficatului în perioada activă a procesului, gastrite cronice, ulcer, pancreatite cronice în perioada de însănătoşire.

Enpitul proteic e indicat bolnavilor cu patologie bronhopulmonară, cu boli oncologice, unui număr mare de bolnavi chirurgicali (în perioada pre- şi postoperatorie), bolnavilor cu arsuri (cu condiţia funcţiei păstrate a rinichilor).

Avantajul acestui produs este că în timpul folosirii lui se poate calcula uşor cantitatea necesară de proteine pentru corecţie şi calcularea volumului care trebuie inclus în alimentaţie sub formă de băutură, inclusiv pentru bolnavi alimentaţi prin sondă. O prioritate a acestui produs este valoarea lui biologică şi energetică înaltă, posibilitatea folosirii în formă concentrată şi ca supliment proteic la alimenaţia obişnuită.

Enpitul proteic este un praf mărunt de culoare albă cu miros şi gust caracteristic amestecului lactat.

Metoda de pregătire a produsului e foarte simplă. Pentru pregătirea băuturii, care de obicei se foloseşte în formă de soluţie de 15% sau 20%, cantitatea necesară de praf (15 sau 20 g la 100 ml de apă) se dizolvă într-o cantitate mică de apă, amestecîndu-se pînă la dispariţia cocoloaşelor, apoi se adaugă cantitatea rămasă de apă şi se lasă la foc pînă la fierbere, amestecîndu-se încontinuu. După ce e răcit pînă la 36—38° amestecul e bun de consum. Băutura pregătită se poate păstra în frigider timp de o zi.

Enpitul proteic poate fi folosit şi în formă de supliment pentru pregătirea diferitelor bucate: a terciurilor lactate, supelor, pireurilor de legume, şerbeturilor. În acest caz cantitatea necesară de praf se dizolvă într-o cantitate mică de apă, se amestecă pînă la dispariţia cocoloaşelor şi se adaugă în bucate înainte de terminarea pregătirii lor.

Pentru dozarea prafului se folosesc linguriţe gradate (1 linguriţă gradată conţine 5,3 g de praf, ce corespunde 2,5 g de proteine).

Cutiile închise cu enpit proteic se pot păstra timp de 6 luni din ziua prelucrării. Data prelucrării e indicată la baza cutiei. După deschiderea cutiei conţinutul ei trebuie să fie folosit 2 săptămîni, fiind păstrat într-un loc uscat şi răcoros.

Cantitatea folosită zilnic a enpitului proteic şi durata întrebuinţării lui se determină de medic, reieşind din starea bolnavului, vîrsta lui, particularităţile individuale, eficacitatea folosirii preparatului ş. a.

Scanned with OKEN Scanner

Se admit zilnic următoarele doze:

Vîrsta	Cantitatea		
	lingurițe gradate	praf uscat, g	proteine, g
pînă la 1 an	2—6	10,6—31,8	5—15
1—3 ani	6—10	31,8—53,0	15—25
4—6 ani	10—16	53,0—84,8	25—40
7—14 ani	12—20	63,0—106,0	30—50
maturii	20—40	106,0—112,0	50—100

Enpitul lipidic e un produs dietetic, ce conține multe grăsimi, suficiente proteine, e îmbogățit cu vitamine solubile în apă și grăsimi, substanțe minerale (tabelul 16).

Componentul proteic al enpitului lipidic este o proteină lactată ușor asimilabilă — **cazecita**, ce se deosebește prin componența balanțată a principalelor substanțe minerale — kaliu, natriu, calciu și fosfor.

Componentul lipidic include lipide lactate și vegetale, fapt ce permite ca acizii grași seminesaturați să aibă un conținut optimal. Cantitatea totală de grăsimi în produsul uscat ajunge la 39%. Efectuarea omogenizării în timpul

Tabelul 16

Componența chimică a enpitului lipidic

Ingredienții alimentari	Produsul uscat	Produsul restabilit (16 g la 100 ml de apă)
Proteine, g	19,6	2,94
Lipide, g	39,0	5,85
Glucide	33,1	4,97
Substanțe minerale, mg:		
natriu	330,0	49,5
caliu	962,0	144,3
calciu	873,0	131,0
fosfor	603,0	90,5
magneziu	108,0	16,2
fier	72,8	10,9
Vitamine, mg:		
A	0,37	0,056
D_2	0,025	0,0038
E	6,80	1,02
B_1	1,10	0,165
B_2	2,40	0,36
B_6	1,10	0,165
PP	9,0	1,35
C	44,0	6,6
Valoarea calorică	554	83,1

Scanned with OKEN Scanner

pregătirii prafului contribuie la asimilarea mai ușoară a grăsimilor.

Partea glucidică a enpitului lipidic e compusă din zaharoză și lactoză.

Produsul e pregătit din lapte de vacă, frișcă, ulei vegetal rafinat cu adaosul complexului de vitamine și a preparatelor de fier.

Enpitul lipidic se recomandă a fi folosit în alimentația bolnavilor, în rația cărora e necesar a se mări valoarea energetică și care trebuie îmbogățită cu acizi grași seminesaturați. Produsul se recomandă la scăderea masei corpului, slăbire, la o serie de boli cronice ce nu sînt însoțite de dereglări ale asimilării lipidelor, la diverse forme de patologie cu scopul stimulării proceselor reparative (ulcer stomacal și duodenal, gastrite, duodenite, în perioadele postoperatorii și de convalescențe după infecții grave).

Luînd în considerare conținutul înalt de grăsimi în produse, se recomandă a le introduce treptat în cantități crescînde (începînd de la 10 ml), ținînd cont de toleranța organismului față de grăsimi.

O calitate pozitivă a enpitului lipidic este valoarea energetică înaltă, posibilitatea folosirii lui în volume mici, sub formă concentrată și sub formă de supliment (lipidice, proteice, vitaminice) în alimentația obișnuită.

Enpitul lipidic este un praf de culoare crem-deschis, cu miros și gust caracteristic pentru amestecul lactat proaspăt. O lingură gradată (8 g) conține 3,1 g de grăsime.

Metoda de pregătire a băuturii de 15% (15 g de praf la 100 ml de apă): cantitatea necesară de praf se dizolvă într-o cantitate mică de apă caldă fiartă, se amestecă minuțios pînă la dispariția cocoloașelor, se încălzește pînă la fierbere și se fierbe 1—2 minute amestecîndu-se încontinuu. După răcirea pînă la 36—38°C amestecul e gata de întrebuințare.

Doza recomandată (zilnică):

Vîrsta copilului	lingurițe gradate	praf uscat	Proteine,	Grăsimi, g
pînă la 1 an	2 — 4	16 — 32	3,2 — 6,4	76,4 — 12,8
1 — 3 ani	4 — 6	32 — 48	6,4 — 9,6	12,8 — 19,2
4 — 6 ani	6 — 8	48 — 64	9,6 — 12,8	19,2 — 25,6
7 — 14 ani	6 — 10	48 — 80	12,8 — 16,0	19,2 — 32,2

Produsul (cutia închisă) se păstrează la o temperatură nu mai înaltă de 10°C și umiditatea optimală a aerului nu

Scanned with OKEN Scanner

mai mare de 75% timp de 6 luni din ziua fabricării. După deschiderea cutiei conţinutul trebuie să fie folosit 2 săptămîni, cu condiţia păstrării lui într-un loc uscat şi răcoros.

Enpitul degresat e un produs ce conţine multe proteine şi e prevăzut pentru alimentaţia dietetică enterală cu conţinut mic de grăsimi, ameliorat cu vitamine solubile în apă şi cu fier (tabelul 17).

Componentul proteic al produsului e prezentat de concentratul lactoproteic solubil — cazecit şi proteina laptelui.

Componentul glucidic îl constituie zaharoza şi lactoza.

Pentru pregătirea produsului se foloseşte şi laptele degresat, zahărul, vitaminele solubile în apă şi glucerofosfatul de fier.

Tabelul 17

Componenţa chimică a enpitului degresat

Ingredienţii alimentari	Produsul uscat	Produsul restabilit (15 g la 100 ml de apă)
Proteine, g	47,0	7,08
grăsimi, g	1,0	0,15
glucide, g	40,2	6,03
umiditate	5,0	
Substanţe minerale, mg%		
natriu	613,0	92,0
kaliu	1066,0	159,9
calciu	863,0	129,5
magneziu	152,0	22,8
fosfor	850,0	127,5
fier	72,7	10,9
Vitamine, mg%		0,168
tiamina (B_1)	1,12	
riboflavina (B_2)	2,76	0,414
acidul nicotinic (PP)	9,49	1,424
piridoxina (B_6)	0,9	0,135
acidul ascorbic (C)	43,89	6,59
Valoarea calorică	343,0 kcal	52,2

Doza recomandată (zilnic)

Vîrsta copilului	Linguriţe gradate	Praf uscat	Proteine, g	Grăsimi, g
Pînă la 1 an	2—4	13,4—26,8	6,2—12,4	1,3—2,7
1—3 ani	4—6	26,8—40,2	12,4—18,6	2,7—4,0
4—6 ani	8—10	53,6—67,0	24,8—31,0	5,4—6,7
7—14 ani	10—14	67,0—93,8	31,0—42,3	13,4—20,1

Scanned with OKEN Scanner

Produsul aproape nu conține fier (0,3—1,0%). Enpitul degresat este un praf mărunt de culoare albă cu gust și miros caracteristic amestecului lactat proaspăt.

Produsul se folosește ca soluție de 15% în calitate de băutură saù substrat pentru alimentația prin sondă. Produsul poate fi folosit și pentru pregătirea diferitelor bucate și băuturi (terciuri, supe, cafea, cacao) la indicația medicului.

Metoda de pregătire: praful (15 g — 2 linguri gradate «fără vîrf») se dizolvă într-o cantitate mică (50 ml) de apă fiartă, răcită pînă la 60°C, se amestecă pînă la dispariția cocoloașelor, apoi volumul se reduce pînă la 100 ml, se încălzește pînă la fierbere și se fierbe 1—2 minute, amestecîndu-se încontinuu. După răcire, pînă la 36—38°C, amestecul e bun de întrebuințare.

Amestecul pregătit poate fi păstrat în frigider timp de o zi. Indicații cu privire la folosirea produsului;

Enpitul degresat se indică cu scopul îmbogățirii rației cu proteine, cînd e necesară limitarea grăsimilor în alimentație. Produsul poate fi folosit la bolile organelor digestive, mai ales la pancreatite, bolile intestinului, boala arșilor, obezitate, dereglări ale stării fizice ș. a. m. d.

Produsul (cutia închisă) se păstrează la o temperatura nu mai înaltă de +10°C și o umiditate relativă a aerului, (nu depășește 75%) timp de 6 luni din ziua fabricării. După deschiderea cutiei conținutul trebuie folosit timp de 2 săptămîni cu condiția păstrării în frigider.

Enpitul antianemic e un produs pentru alimentația enterală dietetică, bogat în fier ușor asimilabil, proteine complexe de origine animală, ce conțin acizi grași indispensabili și vitamine solubile în grăsimi. Componentul proteic al produsului e prezentat de concentratul lacto-proteic solubil — cazecita. Pentru pregătirea produsului se folosește și laptele de vacă, frișca, sîngele vitelor tăiate, glicerofosfatul de fier. Componentul gras al produsului e prezentat de lipidul lactat de origine vegetală în raport optimal (75:25). Glucidele sînt prezentate în produse cu zaharoză, glucoză, lactoză și cu o cantitate mică de amidon.

Particularitatea principală a produsului este conținutul înalt de fier (146 mg%), inclusiv de fier hemic (74 mg%). În produs sînt incluse vitaminele solubile în grăsimi și apă. Produsul «Enpitul antianemic» este un praf de culoare întunecată (suriu, neomogen, cu nuanță cafenie), cu gust și miros specific (tabelul 18).

Produsul se folosește ca soluție de 15%. Luînd în con-

Tabelul 18

Componența chimică a enpitului antianemic

Ingredienți alimentari	Produsul uscat	Produsul restabilit (15 g la 100 ml de apă)
Proteine, g	38,1	5,42
Grăsimi, g	6,5	0,98
Glucide, g	45,1	6,77
Substanțe minerale, mg%		
Natriu	636,0	104,3
kaliu	401,0	60,2
calciu	239,0	35,9
fosfor	263,0	40,2
magneziu	57,0	8,6
fier	146,0	21,9
Vitamine, mg%		
retinola (A)	0,065	0,0057
ergocalciferola	0,005	0,0069
tocoferola (E)	1,26	0,19
tiamina (B_1)	0,94	0,141
riboflavina (B_2)	1,63	0,245
piridohina (B_6)	1,10	0,135
acidul nicotinic (PP)	8,0	1,20
acidul ascorbic (C)	35,0	5,25
Valoarea calorică	327,0 kcal	55,8

Doza recomandată (zilnică)

Vîrsta copilului	Linguri gradate	Praf uscat, g	Proteine, g	Grăsimi, g
pînă la un an	1/2—1	4,25—8,5	1,5—3,0	6,2—12,4
1—3 ani	1—2	8,5—17,0	3,0—6,1	12,4—24,0
4—6 ani	2—3	17,0—25,5	6,1—9,2	24,8—37,2

siderare gustul și mirosul specific, culoarea întunecată a soluției, cu scop de mascare se recomandă a se adăuga în bucatele de carne, în cafea, cacao, sucuri, nectar (la indicația medicului).

Enpitul antianemic se recomandă a-l introduce în rația copilului, începînd cu 10 ml și mărind treptat volumul pînă la 50 ml pe zi o dată sau de două ori, 50 ml de enpit antianemic conține 10,95 mg de fier, dintre care 50%— hemic.

Zilnic copiii mici au nevoie de 8—10 mg de fier, iar copiii mai mari — de 10—15 mg, cei maturi — 19 mg.

Metoda de pregătire: praful (15 g — 2 linguri gradate «fără vîrf») se dizolvă într-o cantitate mică de apă (50 ml) rece, se amestecă pînă la dispariția cocoloa-

şelor, apoi se face ca volumul să fie de 100 ml, se încălzeşte pînă la fierbere şi se fierbe timp de 1—3 minute, amestecîndu-se încontinuu. După răcire pînă la 36—38°C amestecul e gata de întrebuinţare. El poate fi păstrat în frigider timp de o zi.

Enpitul antianemic se recomandă la tratarea anemiilor de diferite geneze (anemiile alimentare, bolile hematologice, anemiile secundare, ce apar la patologiile cronice, bolnavi chirurgicali în perioada postoperatoare).

Durata tratamentului cu enpit trebuie să fie strict controlată de medic (în medie, în cazul toleranţei normale — 15—30 de zile).

O lingură gradată (8,5 g) conţine 3 g de proteine.

Produsul (cutia închisă) se păstrează la o temperatură ce nu depăşeşte +10°C şi la o umiditate relativă a aerului nu mai înaltă de 75% timp de 6 luni din ziua fabricării. După deschiderea cutiei conţinutul trebuie să fie folosit 2 săptămîni cu condiţia păstrării în frigider.

Amestecul lactat cu cantitate joasă de lactoză cu extract de malţ şi laptele cu cantitate joasă de lactoză

Amestecul lactat cu cantitate joasă de lactoză cu extract de malţ e un produs dietetic ce conţine o cantitate suficientă de proteine, grăsimi şi glucide cu conţinut minimal de lactoză (0,05 g la 100 ml de amestec) (tabelul 19).

Componentul proteic al produsului e prezentat de proteina lactată uşor asimilabilă, componentul lipidic include grăsimi lactate şi de origine vegetală, asigurînd conţinutul optimal al acizilor graşi seminesaturaţi în produs. Glucidele sînt prezentate de zaharoză şi dextrinmaltoză, lactoza se conţine în cantitate neînsemnată (0,4 g%).

Produsul e fabricat din cazecită, din unt topit de vacă, ulei vegetal rafinat, zahăr, extract de malţ sau dextrinmaltoză cu adăugarea vitaminelor solubile în apă şi grăsimi, glicerofosfat de fier.

Amestecul prezintă un praf mărunt de culoare albă, cu gust şi miros de lapte proaspăt de vacă.

Amestecul cu cantitate joasă de lactoză se foloseşte ca soluţie de 12%, ca substituent al laptelui de mamă pentru copii în primul an de viaţă, ce nu suportă zahărul lactic (galactozemia, insuficienţa lactozică). Laptele cu conţinut mic de lactoză se foloseşte în aceleaşi cazuri şi pentru copiii mai mari de 6 luni.

Metoda de pregătire: praful (12 g — 2 linguriţe «cu vîrf») se dizolvă într-o cantitate mică de apă fiartă cu temperatura de 80—85°C, se amestecă pînă la dispariţia

Scanned with OKEN Scanner

cocoloaşelor, apoi 100 ml se încălzesc, amestecîndu-se încontinuu pînă la fierbere. După răcirea pînă la 36—38°C, amestecul e gata de întrebuinţare. Amestecul se pregă-

Tabelul 19

Componenţa chimică a amestecurilor cu cantitate joasă de lactoză

Ingredienţi alimentari	Amesticul cu cantitate joasă de lactoză şi extract de malţ		Laptele cu cantitate joasă de lactoză	
	în produsul uscat	în produsul restabilit (12g la 100 ml de apă)	în produsul uscat	în produsul restabilit (12g la 100 ml de apă)
Proteine, g%	16,6	2,0	23,3	2,8
grăsimi, g%	28,5	3,4	26,0	3,1
inclusiv lactate	21,4	2,55	19,5	2,32
vegetale	7,1	0,85	6,0	0,78
Glucide, g%	49,8	6,1	44,8	5,4
inclusiv lactoza	0,4	0,05	0,6	0,07
zaharoză	37,4	4,50	44,2	5,83
Vitamine, mg%:				
tiamina (B_1)	0,098	0,012	0,242	0,029
riboflavina (B_2)	0,312	0,037	1,083	0,13
piridoxina (B_6)	0,167	0,02	0,325	0,039
niacina (PP)	2,233	0,268	0,833	0,01
acidul ascorbic (C)	35,1	4,212	7,5	0,9
retinola (A)	0,297	0,036	0,167	0,02
ergocalciferola (D_2)	0,017	0,002	—	—
tocoferola (E)	4,5	0,54	1,667	0,2
Substanţe minerale, mg%:				
natriu	214	25,7	300	36,0
kaliu	178	21,4	218	29,8
calciu	79	9,5	112	13,4
fosfor	99	11,9	133	16,0
magneziu	35	4,2	50	6,0
fier	6,6	0,79	2,1	0,25
Valoarea calorică (kcal)	510,0	61,2	495,0	59,4

Doza recomandată (zilnică) a «laptelui cu cantitatea mică de lactoză»

Vîrsta copilului	Linguri gradate	Praf uscat, g	Produsul pregătit, ml
6 luni—1 an	pînă la 12	pînă la 90	pînă la 600
1—2 ani	pînă la 10	pînă la 75	pînă la 500
3—5 ani	8—10	60—75	400—500
după 5 ani	6—8	50—60	300—400

Doza recomandată (zilnică) de «Amestec cu cantitate mică de lactoză cu extract de malţ»

Vîrsta copilului	masa corpului (kg)	Numărul de alimentări	Cantitatea de amestec lichid	
			pe zi, ml	la o alimentaţie, ml
0—14 zile	3,0	6	360—600	60—100
2—6 săptămîni	3,5—4,0	6	700—800	120—130
7—8 săptămîni	4,0—4,5	6	800—900	150—160
3—4 luni	4,5—6,0	6	900—950	150—160
5 luni	6,0—6,5	4	720—800	180—200
după 6 luni	6,5—7,5	3	(+alimentaţia suplimentară) 600—660	200—220

teşte chiar înainte de întrebuinţare. Cînd e necesar, amestecul pregătit poate fi păstrat în frigider.

Produsul se recomandă de către medic cu indicarea necesităţii zilnice şi a volumului fiecărei alimentaţii.

Produsul (cutia închisă) se păstrează la temperatura nu mai înaltă de +10°C timp de 6 luni şi la umiditatea relativă a aerului care nu depăşeşte 75%. După deschiderea cutiei conţinutul trebuie să fie întrebuinţat timp de 2 săptămîni cu condiţia păstrării la rece.

Produsele acidolactice. Luînd în consideraţie calităţile curative ale multor produse acidolactice, în ţara noastră se efectuează cercetări şi sînt create o serie de forme speciale de amestecuri acidolactice cu o valoare biologică înaltă şi acţiune terapeutică pronunţată. La crearea acestor produse au fost folosite tulpine special alese de lacto- şi bifidibacterii. Din aceste amestecuri fac parte: «Amestecul acidofil «Maliutca», «Bifilin», «Bifacid», băuturile «Vita» şi «Ugliciskii», «Biolact», «Baldîrgan», «Balbobec», «Vitolact acidolactic», «Bifilact antacid», «Bifidolact» ş. a. In afară de alegerea tulpinilor pentru pregătirea produselor la unele din ele se introduce lizocima.

Lizocima posedă acţiune antimicrobiană puternică, participă activ la protecţia nespecifică a organismului, stimulează activitatea fagocitară, posedă acţiune antiinflamatoare şi de reglare imunologică. Lizocima e introdusă în componenţa amestecurilor: acidofil «Maliutca» cu lizocimă, «Bifilact», «Biolact» adaptat cu lizocimă ş. a.

Amestecul acidofil «Maliutca» are două variante — so-

lidă şi lichidă. Spre deosebire de «Maliutca» acest amestec e supus fermentaţiei cu folosirea bacteriilor acidofile. În procesul fermentaţiei acidofile produsul are calităţi autobacteriene, iar coagularea cazeinei cu urmarea prelucrării tehnologice a cheagului (omogenizarea, liofilizarea) face componentul proteic uşor digestibil în stomacul copilului. Printre factorii prielnici obţinuţi din amestec în procesul fermentaţiei acidofilice se numără şi acumularea acidului lactic, care asigură asimilarea mai bună de către organism a calciului din lapte. Produsul e ameliorat cu vitaminele C, PP, grupa B şi glicerofosfat de fier. Cantitatea de celule acidofilice viabile constituie nu mai puţin de 10^5 într-un ml. Amestecul restabilit «Maliutca» are aciditatea 70—80° după Terner.

Înainte de întrebuinţare amestecul acidofil solid «Maliutca» se dizolvă în apă fiartă, temperatura căreia trebuie să fie de 40—50°C. Amestecul nu se fierbe.

Amestecul acidofil lichid şi restabilit «Maliutca» poate fi păstrat în frigider 48 de ore.

Experienţele chimice dovedesc că toleranţa amestecului e bună şi el acţionează prielnic asupra organismului copilului sănătos şi bolnav, mai ales la infecţiile intestinale, disbacterioză, disfuncţii intestinale, la alergii alimentare (C. S. Ladodo, 1982, 1987).

Dintre amestecurile lactate adaptate face parte amestecul acidolactic «Balbobec».

«Balbobec» e un produs lichid acidolactic ce conţine substanţe nutritive de bază, ce sînt asemănătoare cu laptele de mamă. Datorită adăugării serului în produs, el se egalează şi se apropie de laptele de mamă, raportul de cazeină şi proteinele serului fiind de 52:48. În produs e introdusă lizocima în cantitate de 25 mg/l.

Criteriile principale la alegerea lactobacililor pentru fermentaţia produsului «Balbobec» au fost activitatea antibacteriană şi proteolitică înaltă şi capacitatea de a produce acidul lactic ce este un factor important din punct de vedere biologic pentru organismul copilului.

Componenţa chimică şi valoarea calorică a amestecului acidofil «Maliutca» sînt prezentate în tabelul 20.

Din produsele acidolactice adaptate face parte şi amestecul «Bifilin», pentru fabricarea căruia sînt folosite tulpini special alese de bifidobacterii, ce joacă un rol excepţional în formarea biocenozei normale a intestinului.

Componenţa chimică a amestecurilor «Balbobec» şi «Bifilin» e prezentată în tabelul 21.

Amestecul acidolactic «Bifilin» poate fi folosit la ali-

Scanned with OKEN Scanner

Tabelul 20

Valoarea nutritivă a amestecului acidofil «Maliutca» în comparaţie cu laptele de mamă (în 100 ml sau g)

Substanţe nutritive	Amestecul solid	acidofil „Maliutca" lichid şi restabilit	Laptele de mamă
Proteine, g	13,3	1,8	1,1
lipide, g	26,0	3,5	3,5
inclusiv vegetale	6,3	0,9	—
acizi graşi nesaturaţi (% către lipide)	18,1	18,1	14,35
Glucide, g	54,2	7,1	6,5
inclusiv: lactoză	19,6	2,8	—
zaharoză	22,8	2,6	
maltoză	11,8	1,7	
vitamine, mg:			
A	0,233	0,035	0,037
D	0,023	0,002	0,00012
B_1	0,35	0,047	0,015
B_2	0,53	0,072	0,038
B_6	0,14	0,021	0,022
PP	1,86	0,28	0,276
C	30,0	4,5	4,24
Substanţe minerale,			
calciu	593,0	82,0	34,0
fosfor	460,0	52,0	16,6
fier	3,7	0,7	0,16
Valoarea calorică, kcal	500,0	66	65
Aciditatea produsului restabilit	—	40—60	
pH	—	5,0—5,5	
Cantitatea de bacili acidofili în 1 g nu mai puţin de $1 \cdot 10^5$—$1 \cdot 10^6$		în 1 cm^3 nu mai puţin de $1 \cdot 10^7$—$1 \cdot 10^8$	

Tabelul 21

Valoarea nutritivă a amestecurilor «Balbobec» şi «Bifilin» (în 100 ml)

Ingredienţi nutritivi	„Balbobec"	„Bifilin"
Proteine, g	1,8	2,0
inclusiv a serului	0,8	
grăsimi, g	3,5	3,4
glucide, g	7,2	7,0
vitamine, mg:		
A	0,07	0,0208
D	0,05	0,002
E	0,6	0,675
B_1	0,03	0,03
B_2	0,6	0,24
PP	0,05	0,07
C	6,5	4,5
Substanţe minerale, mg:		
calciu	90,0	82,0
fosfor	76,0	51,0
fier	0,6	0,7
cupru	0,05	
Valoarea calorică, kcal.	72	66

mentaţia artificială a copilului în primul an de viaţă, ca alimentaţie de bază pentru copiii bolnavi în primul an de viaţă, mai ales în caz de disbacterioză, dereglări intestinale, hipotrofie la copiii prematuri, la alergie alimentară. O prioritate a acestui amestec este aciditatea joasă — 50—60° după Terner. Cercetările clinice dovedesc eficacitatea terapeutică înaltă a acestui amestec (R. M. Haricova ş. a., 1986).

Pe baza produsului cunoscut — biolactul — au fost create încă două amestecuri — **biolact adaptat şi biolact adaptat, îmbogăţit cu lizocimă.** Acestea sînt produse acidolactice lichide, în care sînt introduse proteinele serice cu scopul apropierii maximale a componentului proteic al amestecurilor de laptele de mamă. În cazul dat, în produs nu numai că nu se micşorează cantitatea totală de proteine, dar se mai schimbă şi raportul cazeină şi proteinele serice (albumine şi globuline). Proteinele serice în comparaţie cu cazeina conţin mai mulţi aminoacizi cu componenţă sulfirică, care sînt limitaţi în laptele de vacă comparativ cu acel de mamă. Cînd raportul dintre cazeină şi proteinele serice este de 60:40, componentul proteic se apropie de laptele de mamă (30:70, în laptele de vacă — 85:15).

În biolactul adaptat e micşorată cantitatea de calciu pînă la 95 mg% (biolactul conţine 110 mg%) şi de fosfor pînă la 54 mg% (în biolact 95 mg%).

Aciditatea biolactului adaptat e joasă — 15—20° după Terner. E micşorată şi densitatea produsului, lucru foarte important pentru alimentaţia copiilor în primele luni de viaţă.

Biolactul adaptat îmbogăţit cu lizocimă aproape nu se deosebeşte de biolactul adaptat. Dar adaosul lizocinei permite a se mări valoarea biologică a produsului, deoarece lizocima posedă calităţi de protecţie şi măreşte rezistenţa organismului la infecţii. După adăugarea lizocimei se micşorează şi aciditatea produsului.

Studierea rezultatelor folosirii produselor numite în alimentaţia copiilor a arătat că ele au o mare eficacitate. Mai întîi de toate aceste produse ameliorează starea sănătăţii copiilor, ritmul majorării masei copilului, micşorarea morbidităţii, micşorarea frecvenţei disbacteriozelor. Efectul de protecţie al amestecurilor a fost deosebit de important pentru prevenirea şi tratarea bolilor intestinale, ceea ce ţine într-o măsură oarecare de normalizarea biocenozei microbiene intestinale.

Valoarea nutritivă a amestecurilor lactate pentru copii, create pe baza biolactului, e prezentată în tabelul 22.

Tabelul 22

Valoarea nutritivă a biolactului adaptat şi biolactului adaptat, ameliorat cu lizocimă (în 100 ml)

Substanţe nutritive	Biolact adaptat	Biolact adaptat cu lizocimă
Proteine, g	1,9—2,0	1,9—2,0
inclusiv: cazeina	1,35	1,25
proteinele serice	0,75	0,75
raportul cazeina: proteinele serice	60:40	60:40
Aminoacizii (% faţă de proteine):		
lizina	9,7	9,7
treonina	6,8	6,8
metionina	3,5	3,5
valina	7,1	7,1
fenilazanina	5,2	5,2
leicina	13,0	13,0
gistidina	4,8	4,8
triptofan	2,4	2,4
Grăsimi, g	3,5	3,5
inclusiv vegetale	0,9	0,9
Acizi graşi (% din grăsimi):		

Continuarea tabelului 22

Substanţe nutritive	Biolact adaptat	Biolact adaptat cu lizocimă
Saturaţi	46,9	46,9
nesaturaţi	53,1	53,1
inclusiv seminesaturati	20,6	20,6
inclusiv linolic	20,2	20,2
Glucide, g	7,0	7,0
inclusiv dextrin-maltoza	1,5	1,5
Vitamine, mg:		
A	0,035	0,035
D	0,0002	0,0002
E	0,85	0,85
B_1	0,04	0,04
B_2	0,144	0,144
B_6	0,04	0,04
B_{12}	0,004	0,004
PP	0,5	0,5
C	5,0	5,0
Substanţe minerale, mg:		
natriu	50,0	50,0
kaliu	146,0	146,0
calciu	95,0	95,0
fosfor	54,0	54,0
fier	0,2	0,2
cupru	0,04	0,04
Lizocimă		
Valoarea calorică, kcal	76,9	76,9

O întrebuinţare largă în profilaxia şi alimentarea dietetică a copiilor o au şi produsele Biolact şi Biolact-2.

Pentru pregătirea lor se foloseşte laptele de vacă, care se fermentează cu tulpini speciale de microbi.

Biolactul posedă proprietăţi proteolitice înalte, conţine o serie de aminoacizi liberi, vitamine, inclusiv vitamina B_{12}, şi fermenţii necesari pentru digestie (protează, lipază, amilază, lizocimă). În el sînt permanent substanţe antibiotice, fapt caracteristic pentru o serie de alte produse acidolactice. Biolactul posedă activitate antibacteriană, contribuie la mărirea reactivităţii imunologice a organismului. Proteinele acestui produs disociază şi se asimilează mai uşor decît proteinele laptelui. Biolactul fiind consumat activizează hemopoieza (P. V. Fedotov, 1970, 1986).

Biolactul, îmbogăţit cu vitamine şi microelemente, a fost denumit Biolact-2. Conform calităţilor organoleptice Biolact-2 nu se deosebeşte de biolactul obişnuit.

Un produs acidolactic mult perfecţionat este «Baldîrgan», obţinut prin metoda fermentaţiei laptelui de vacă cu

Tabelul 23

Valoarea nutritivă a produselor acidolactice Biolact, Biolact-2 şi «Baldîrgan» (în 100 ml)

Substanţe nutritive	Biolact	Biolact-2	Baldîrgan
Proteine, g	2,8—3,0	2,8—3,0	3,2
raportul cazeină: proteine serice	79:21	79:21	80:20
lipide, g	3,2	3,2	3,5
glucide, g	7,0	7,0	7,2
vitamine, mg:			
A	0,035	0,035	0,07
D	0,0002	0,0002	—
E	0,85	0,85	0,8
B_1	0,04	0,04	0,05
B_2	0,144	0,144	0,14
B_6	0,04	0,04	—
PP	0,5	0,5	0,7
C	5,0	5,0	6,5
Substanţe minerale, mg:			
calciu	110,0	110,0	125,0
fosfor	95,0	95,0	96,0
fier	0,2	0,2	0,6
cupru	0,04	0,04	0,05
Lizocimă, mg			
Valoarea calorică, kcal	77	77	75
Aciditatea, °T	80—105	80—105	

Scanned with OKEN Scanner

tulpini speciale de bacili acidofilici şi îmbogăţit cu sulfură de cupru, fier acidolactic, vitamine C şi E, nicotinamid, lizocimă. În componenţa amestecului «Baldîrgan» intră gălbenuşul de ou, ce asigură obţinerea unei emulsii microdisperse a uleiului vegetal şi a vitaminei E solubile în grăsimi, măreşte activitatea biochimică a bacteriilor acidolactice şi ameliorează valoarea nutritivă a produsului.

Componenţa chimică a amestecului «Biolact», «Biolact-2» şi «Baldîrgan» e prezentată în tabelul 23.

Un spectru larg de acţiune asupra organismului copilului bolnav posedă amestecurile «Bifacid», create cu folosirea bifidobacteriilor şi amestecurilor «Vita» şi «Ugliciskii», create pe baza folosirii cuplate a lactobacteriilor şi bifidobacteriilor (tabelul 24).

Lactobacterina acidolactică se fabrică, fermentînd laptele cu lactobacterină uscată sau cheag din Lb. fermenţi sau Lb. plantarum 8-RA-3.

Lactobacterina acidolactică, atît în scop de tratament cît şi în scop de profilaxie, se administrează de 1—2 ori pe zi. Doza zilnică: copiilor pînă la 6 luni —20—50 ml, de la

Tabelul 24

Componenţa amestecurilor acidolactice «Bifacid», «Vita», «Ugliciskii»

Ingredienţii nutritici	Amestecuri acidolactice		
	Bifacid	Vita	Ugliciskii
Proteine, g	6,8	3,2	3,2
Grăsimi, g	2,4	0,05	0,05
Glucide, g	8,6	3,5	3,5
Substanţe minerale, mg%:			
natriu	84,8	52	52
kaliu	202	152	152
calciu	184	126	126
fosfor	158	95	95
fier	0,2	0,1	0,1
Vitamine, mg%:			
A	0,03	urme	urme
E	—	—	—
D	—	urme	urme
C	0,8	0,4	0,4
B_1	0,048	0,04	0,04
B_2	0,26	0,15	0,15
PP	0,14	0,10	0,10
Valoarea calorică, kcal	84,8	27,9	27,9
Cantitatea de bifidobacterii în 1 ml de amestec	$0,2 \cdot 10^6$	$0,5 \cdot 10^9$	$0,8 \cdot 10^9$
Cantitatea de bacterii lactice în 1 ml de amestec	—	$0,5 \cdot 10^9$	$1 \cdot 10^9$
Aciditatea, °T	—	90—120	75—100

Scanned with OKEN Scanner

6 luni pînă la un an — 40—100 ml, de la 3 ani şi mai mari —200 ml.

Copiilor ce se află la primul an de viaţă lactobacterina acidolactică se indică începînd cu 1/2—1 linguriţă înainte de alimentaţie şi treptat se măreşte pînă la volumul necesar. În acest caz volumul total al alimentaţiei şi al lactobacterinei nu trebuie să depăşească norma unei alimentaţii pentru vîrstnici. Pentru copiii mai mari de un an şi jumătate preparatul substituie gustarea între prînz şi cină.

În scop de tratament lactobacterina e folosită timp de 45 de zile (la indicaţia medicului) în dependenţă de gradul dereglării indicilor imunităţii nespecifice (lizocima, nivelul bifido- şi lactobacteriilor în intestin) şi durata restabilirii lor.

În legătură cu rezistenţa antibacteriană înaltă a tulpinilor, lactobacterina poate fi folosită în complex cu antibioticele.

Lactobacterina acidolactică se recomandă copiilor cu dischinezii şi boli inflamatoare ale sistemelor gastroduodenale şi hepatobiliare, dereglări intestinale, anorexie, hipotrofie, disbacterioze.

Bifilactul acidolactic e un produs curativ, obţinut prin fermentaţia laptelui cu lactobacterină sau bifidumbacterină.

Produsul preparat are forma unui cheag, miros plăcut, aciditate 80—85°T. Cantitatea lactobacililor viabili în 1 ml $1,5—2 \cdot 10^9$, bifidobacteriilor $2—4 \cdot 10^8$.

În procesul activităţii viabile, în produsul pregătit conţinutul aminoacizilor liberi în comparaţie cu laptele iniţial de vacă se măreşte cu 12—13%, cu 18,6% creşte suma acizilor graşi nesaturaţi, se măreşte valoarea biologică şi asimilarea lui.

Indicaţiile la administrarea bifilactului acidolactic cu scop profilactic, metodele şi dozele folosirii lui sînt aceleaşi ca şi la lactobacterina acidolactică.

Bifilactul acidolactic folosit în scopuri curative se recomandă pînă la 200 ml pe zi, de 1—2 ori.

Durata cursului depinde de gravitatea bolii şi se recomandă de la 2 săptămîni pînă la o lună şi mai mult. Cursa medie de tratament este de 24 de zile.

Bifilactul antacid se fabrică prin metoda fermentaţiei laptelui cu tulpini de bifidobacterii şi bacili acidofili cu adăugarea lactozei, amidonului de porumb şi lizocimei ouălor.

Scanned with OKEN Scanner

Produsul posedă capacitatea de a normaliza flora microbiană, de a mări funcţiile de protecţie ale organismului, de a acţiona antacid.

Bifilactul antacid poate fi folosit de către oamenii de orice vîrstă, inclusiv de copiii mici, cînd reacţia acidică a produselor acidolactice nu totdeauna poate fi compensată de sistemele de tamponare ale rinichilor şi compensarea pulmonară a organismului, la tratarea ulcerului stomacului şi duodenului, gastritelor, gastroduodenitelor cu stare hiperacidică a stomacului, pentru preîntîmpinarea ulcerului ş. a. m. d.

Produsele deproteinizate sînt create pe baza amidonului gramineelor (grîului şi porumbului).

Din produsele deproteinizate fac parte: pîinea deproteinizată şi produsele de cofetărie, biscuiţii, pastele făinoase, fideaua, crupele cu grad diferit de dezintegrare, crupele grişate (de griş, de orez ş. a.). Cantitatea proteinelor în 100 g de produs nu depăşeşte 1 g (0,8—0,9 g). Componenţa chimică a produselor deproteinizate e prezentată în tabelul 25.

Crupa şi pastele făinoase se folosesc în alimentaţie cu scopul înlocuirii bucatelor obişnuite din graminee. Cantitatea zilnică a produselor deproteinizate pentru un copil alcătuieşte următoarele cantităţi: pîine — 100 g, crupe grişate — 40 g, paste făinoase — 50 g, chec — 50 g, şerbet — 10 g.

Produsele deproteinizate se folosesc în alimentaţia copiilor bolnavi cu fenilcetonurie şi alte dereglări ale metabolismului aminoacidic, insuficienţă cronică renală, la care e indicată limitarea bruscă a produşilor naturali în raţie.

Tabelul 25

Componenţa chimică a produselor deproteinizate

Denumirea produsului	Cantitatea ingredienţilor de bază şi a calorilor în 100 g de produs			
	Proteine, g	Grăsimi, g	Glucide, g	Valoarea calorică, kcal
Crupă de tip-crupă griş	1,0	—	85	352,6
Fideaua (pastele făinoase)	1,0	—	85	352,6
Amidonul de grîu	1,0	—	85	352,6
" de porumb	0,63	—	85	351,8
Amidonul amilopectinic tumefiat	0,90	—	88	364,4
Pîinea deproteinizată	0,78	2,5	47,45	222,2

Scanned with OKEN Scanner

Produsele lipidice. Untul «dietetic» conţine 20% de acizi graşi seminesaturaţi, inclusiv 17,5% din cantitatea totală de grăsimi îl constituie acidul linolic. Avantajul acestui produs este lipsa mirosului specific şi posibilitatea dozării exacte a uleiului natural vegetal. Baza untului o constituie frişca pasteurizată cu conţinutul de grăsime de 35—40%, înainte de a se introduce uleiul vegetal, şi baterea lor. O asemenea tehnologie exclude posibilitatea micşorării valorii biologice a produsului final pe baza schimbărilor optimale ale acizilor graşi seminesaturaţi. Untul dietetic se introduce în raţie în formă naturală în cantitatea zilnică pentru un copil 10—30 g, în dependenţă de vîrstă. Se recomandă pentru copiii sănătoşi şi cei bolnavi, mai ales în caz de ulcer stomacal şi duodenal, boli cronice ale ficatului, obezitate ş. a.

Conserve dietetice de carne. Necesitatea introducerii în cazul unor boli a produselor bogate în proteine complexe de origine animală a condus la elaborarea conservelor speciale de carne. Se ia în considerare necesitatea creării conservelor pentru copiii cu intoleranţă faţă de proteinele cărnii de vită.

În legătură cu aceasta au fost elaborate conserve de carne pe baza cărnii de vită, de cal şi de găină. Conservele sînt lipsite de substanţe extractive. Aceasta oferă posibilitatea de a folosi pe larg la diverse boli, inclusiv la alergia alimentară, boli gastroduodenale, sindromul malabsorbţiei.

Examinarea comparativă a componenţei cărnii de vită şi de porc a determinat că după valoarea biologică carnea de porc e superioară celei de vită, pentru că ţesutul muscular al cărnii de porc se deosebeşte printr-o cantitate înaltă de acizi graşi seminesaturaţi (A.G.S.N), linolic, linolenic, arahidonic. La 100 g de ţesut muscular al cărnii de porc revin 0,32 g A.G.S.N., la carnea de vită — 0,13 g, iar la 100 g de ţesut adipos al cărnii de porc — 10,41 g A.G.S.N., de vită — 2,68 g. Pe lîngă aceasta, ţesutul muscular al cărnii de porc conţine de 8 ori mai multă vitamină B_1 (0,84 mg) 100 g).

Carnea de cal, conform caracteristicilor biologice, nu se deosebeşte de carnea de vită, iar conform unor parametri e superioară. În proteinele ţesutului muscular se conţine o cantitate mai mare de aminoacizi indispensabili (leicina şi gistidina) decît în proteinele cărnii de vită. În componenţa grăsimii cărnii de cal intră un procent considerabil de acizi graşi seminesaturaţi, iar conţinutul acidului arahidonic este de 3 ori mai mare.

Scanned with OKEN Scanner

Carnea de pui e foarte fină, se asimilează ușor, conține o cantitate mică de grăsime, în care A.G.S.N. alcătuiesc 20%.

Rețeta conservelor de carne, elaborată de Institutul alimentației al A.Ș.M. a U.R.S.S. și Institutul Unional de cercetări științifice în domeniul industriei de carne, e expusă în tabelul 26.

Conservele din carne de porc «Pireu din carne de porc», din carne de cal «Conioc-Gorbunoc», din carne de porc cu ficat «Ceburașca», din carne de porc și de cal «Vini-Puh», din carne de pui sînt fabricate din carne răcită, sînt lipsite de substanțe extractive prin metoda substituirii bulionului cu apă potabilă, conțin o cantitate minimală de sare (0,3 g la 1000 g de conserve), au 3 grade fragmentare: sînt omogene, formă de pireu, fragmentate mășcat, ce oferă posibilitatea să fie folosite alternativ în alimentația copiilor în primul an de viață.

Conservele au o consistență omogenă, un miros plăcut de carne, se pregătesc repede, încălzindu-se cutia în apă fierbinte pentru 10—15 minute. Produsele indicate se folosesc zilnic de la 15 pînă la 60 g, combinîndu-le cu legume și bucate din crupe.

Tabelul 26

Componența chimică a conservelor de carne

Conserve	Reziduu uscat	Proteine	Lipide	Umiditate
Pireu din carne de porc	28,3	16,8	8,0	71,7
Conioc-Gorbunoc	25,0	15,8	6,6	75,0
Ceburașca	24,4	15,4	8,7	72,3
Vini-Puh	24,8	15,5	7,4	75,2
Din carne de pui	22,7	8,8	8,4	86,5

Scanned with OKEN Scanner

CAPITOLUL 4

ALIMENTAŢIA COPIILOR SUGACI LA STĂRILE ALIMENTARO-DEPENDENTE

Perioada copilăriei, mai ales a copilăriei mici, se caracterizează prin intensificarea metabolismului, necesitatea relativ mărită (la 1 kg de greutate) în substanţe nutritive principale şi energie. În acelaşi timp, în această perioadă sînt nedesăvîrşite multe procese metabolice, ele sînt labile, are loc o insuficienţă a diferenţierii funcţionale a sistemului digestiv şi, în parte, a activităţii lui fermentative. Aceasta conduce la schimbări în sistemul nutritiv al copilului la orice acţiuni neprielnice ale mediului extern, inclusiv la dereglările regimului alimentar.

În urma încălcărilor în alimentaţie pot apărea boli ce au fost denumite alimentaro-dependente. Din ele fac parte hipotrofia, anemia, rahitismul.

Alimentaţia la hipotrofii. Alimentaţia în caz de hipotrofii este unul din mijloacele principale de tratament complex al acestei boli. Eficacitatea terapiei dietetice depinde în primul rînd de posibilitatea decelării precoce a cazurilor dezvoltării acestei patologii şi de posibilitatea înlăturării factorilor etiologici.

Cauzele hipotrofiei la copiii sugaci pot fi diferite. Deosebit de des la copiii de această vîrstă hipotrofia se dezvoltă în urma încălcării regulilor de îngrijire a copilului şi ale alimentaţiei lui. Deseori hipotrofia se dezvoltă în urma bolilor acute cronice, mai ales în urma bolilor tractului gastrointestinal. Dezvoltarea hipotrofiei poate fi cauzată şi de factori intrauterini (dereglări intrauterine ale alimentaţiei fătului atunci cînd mama e bolnavă în timpul sarcinii), boli ereditare (sindromul Daun, Şerşevskii-Terner) şi în sfîrşit, bolile genetic-determinate, ce se desfăşoară cu sindromul malabsorbţiei (insuficienţă lactozată, galactozemie, ţeliachie, mucoviscidoză). Hipotrofia deseori apare la copiii care au avut traume obstetricale şi alte lezări ale sistemului nervos central, ce sînt însoţite de anorexie gravă de origine centrală. Asemenea forme de hipotrofii poartă de obicei un caracter perseverent şi se supun rău măsurilor terapeutice.

Deosebit de des hipotrofia apare ca rezultat al insuficienței pătrunderii în organismul copilului a substanțelor nutritive principale și a alimentației calitativ incomplexe.

În legătură cu insuficiența pătrunderii în organism a substanțelor nutritive necesare și a materialului energetic la copil se dezvoltă schimbări distrofice. Aceste schimbări conduc la dereglarea stării funcționale a sistemului digestiv: se micșorează funcția acidosecretică și activitatea fermenților stomacului, pancreasului, intestinului, se dereglează digestia cavitară și parietală și asimilarea substanțelor nutritive, se dezvoltă fenomene de disbacterioză.

Schimbări analogice au loc la hipotrofia apărută după boli acute și cronice, care de obicei sînt însoțite de schimbări mari ale organelor digestive, eliminarea insuficientă a sucurilor digestive, formării insuficiente a fermenților, dereglări ale proceselor de digestie și asimilare a hranei.

Necesitatea în substanțe nutritive principale (la 1 kg de greutate) în cazul hipotrofiei la copii deseori depășește considerabil normele fiziologice. Dereglarea proceselor metabolice și a funcției digestive, introducerea cantităților necesare de substanțe nutritive e problematică, pentru că scăderea asimilării hranei și schimbarea nivelului de toleranță la anumiți ingredienți au loc adesea la această patologie.

Cu cît mai pronunțate sînt fenomenele de distrofie, cu atît mai grave și profunde sînt dereglările funcției digestive și proceselor metabolice.

Simptomele clinice anterioare ale hipotrofiei sînt: încetinirea ritmului de creștere a masei corpului, rămînerea în urmă de normativele vîrstnice, iar în cazuri grave, și scăderea masei corpului.

În dependență de gradul deficitului de masă a corpului se deosebesc trei grade de hipotrofie: 1, 2 și 3. La gradul 1 de hipotrofie, deficitul masei corpului constituie 10—20%, la gradul 2 — 20—30% și la gradul 3 — deficitul masei depășește 30% din norma necesară.

Hipostatura se atestează și atunci cînd la copil se observă întîrzierea în creștere și, concomitent, stagnarea în greutate.

Terapia dietetică la toate formele de hipotrofie se efectuează în trei etape: prima etapă — repaos și alimentație minimală; etapa intermediară; a treia etapă — alimentație optimală.

În etapa de repaus, în dependență de gravitatea distrofiei și toleranța presupusă la hrană, copilului i se propune consecutiv 1/3—1/2—2/3 din 1/5 din masa corpului pe zi.

Cu cît e mai înalt gradul de hipotrofie, cu atît se micşorează mai mult volumul iniţial al alimentaţiei şi se măreşte mai atent cantitatea zilnică de hrană. Astfel, la hipotrofia de gradul 3 e raţional să se înceapă de la 1/3 din volumul zilnic total al alimentaţiei, la hipotrofia de gradul 2 şi hipostatura — de la 1/3 sau 1/2, în dependenţă de toleranţa faţă de alimente. La hipotrofia de gradul 1 e suficient să se micşoreze volumul iniţial de alimentaţie pînă la 2/3, la o toleranţă satisfăcătoare, păstrîndu-se volumul de hrană, se schimbă puţin conţinutul ei calitativ, de exemplu, se înlocuiesc unele amestecuri cu altele mai uşor asimilabile sau se anulează temporar alimentaţiile suplimentare sau o parte din ele.

Micşorînd volumul alimentaţiei în prima zi de repaus, în următoarele zile e necesar să se înceapă mărirea lui, de exemplu, de la 1/3 pînă la 1/2 şi 2/3 pe măsura ameliorării poftei de mîncare şi a altor indici ai toleranţei. Nu e de dorit ca copilul să fie reţinut prea mult la un volum mic de alimentaţie şi nici să se mărească brusc volumul ei, căci acestea pot conduce la dezechilibru.

Cantitatea alimentaţiei egală cu 2/3 din volumul zilnic de alimentaţie asigură metabolismul bazal, de aceea, cînd e necesar, dacă pofta de mîncare şi toleranţa încă nu s-au restabilit în măsură suficientă, se poate menţine acest volum timp de 2—3 zile, pînă cînd copilul nu va începe singur să mănînce cantitatea de hrană propusă. Astfel etapa de cruţare durează de obicei 3—5 zile.

Ulterior, ţinînd cont de indicii toleranţei, trebuie continuată mărirea volumului de alimentaţie de la 2/3 pînă la 3/4 şi pînă la necesitatea zilnică totală luată ca 1. Această perioadă a alimentaţiei minimale durează 3—5 zile (în total durata etapelor de cruţare şi alimentaţie minimală constituie 3—5—7—10 zile).

In perioada cînd e necesară limitarea bolnavului în alimentaţie trebuie să se efectueze adaptarea minuţioasă cu lichid pînă la volumul necesităţii zilnice (ceai, fiertură de legume, sucuri ş. a. m. d.).

Numărul de alimentări poate rămîne acelaşi sau poate fi mărit cu o alimentaţie pe zi (nu 5, dar 6; nu 6, dar 7).

In etapele cruţării şi alimentaţiei minimale copilul primeşte la 1 kg de greutate o cantitate micşorată de proteine (0,7—1,5—2,0), grăsimi (2—3—4 g), glucide (8—10—11) şi calorii (60—80—100).

In etapa intermediară copilului i se dă volumul total de alimentaţie, 2/3 sau 1/2 din care e asigurată de amestecul de bază şi 1/3 sau 1/2 de cel dietetic. Mărirea cantită-

Scanned with OKEN Scanner

ţii de proteine şi limitarea temporară în grăsimi la începutul etapei intermediare se atinge prin folosirea amestecurilor dietetice introduse de acum în etapa alimentaţiei minimale: chefir degresat № 5, zară «Robolact», enpite — proteic degresat sau antianemic. Datorită folosirii amestecurilor enumerate cantitatea proteinelor la 1 kg de greutate reală trebuie să constituie 3 g (dacă alimentaţia de bază este laptele de mamă) sau pînă la 3,5—4,0 g— dacă alimentaţia de bază e amestecul artificial; cantitatea de grăsimi rămîne micşorată — 4—4,5 g/kg, cantitatea de glucide atinge hotarul inferior al normei — 11—12 g/kg.

Peste 5—7 zile, pe măsura adaptării copilului la proteine, amestecul dietetic degresat sau semidegresat în 3—4 zile treptat e înlăturat. Brînza degresată în această etapă poate fi înlocuită cu cea integră. Astfel se asigură organismul copilului cu grăsimi pînă la 5—6 g/kg de greutate, adică pînă la necesitatea zilnică totală.

Încheie etapa intermediară introducerea glucidelor pînă la necesitatea zilnică totală — pînă la 13—15 g/kg de greutate, ceea ce se obţine pentru copiii ce se află în primele luni de viaţă prin volumul zilnic total de amestecuri lactate, introducerea sucurilor, merelor, pireului de fructe, iar pentru copiii ce au împlinit deja 6 luni — pe fondul amestecului de bază şi de corecţie, se recomandă şi o alimentaţie suplimentară — pireu de legume şi terciuri (de hrişcă, hercules) fierte în decoct de legume.

A treia etapă de terapie dietetică — alimentaţia optimală — e perioada ce durează pînă la scoaterea copilului din distrofie. Dieta în această etapă se lărgeşte tot mai mult. Amestecurile de corecţie (dietetice) se separă de cele fiziologice. Alimentaţia suplimentară face pregătiri pentru o consistenţă mai mare şi se dă în volumul total. La pireul de legume şi terci se dau suplimente alimentare (gălbenuş de ou, ulei vegetal, frişcă, brînză, carne).

Trebuie de subliniat că şi în etapa alimentaţiei optimale noi nu recomandăm ca la 1 kg de greutate a copilului să se consume mai multe proteine decît 4—4,5 g, grăsimi decît 6—6,5 g, glucide — mai mult decît 15—16 g (raportul P:L:G— 1:1,5:4), valoarea calorică — 130—140 kcal.

Alimentaţia suplimentară la copiii cu hipotrofie trebuie introdusă foarte atent, pe fondul dinamicii pozitive a masei corpului şi în lipsa bolilor acute. E foarte important să se respecte principiul treptat. Dar copiii nu trebuie să fie alimentaţi numai cu lapte de mamă sau numai cu amestecuri. Copiii ce suferă de hipotrofie trebuie să înceapă a consuma unele produse mai devreme decît cei ce se dezvol-

Scanned with OKEN Scanner

tă normal. Astfel copiilor cu hipotrofie trebuie să li se dea brînză din primele săptămîni de viaţă, deoarece acest produs necesită corecţia cantităţii de proteine. Trebuie să se ţină la control cantitatea totală de proteine în raţie, luînd în considerare necesităţile fiziologice ale copilului şi toleranţa faţă de alimentaţia recomandată. Dacă copilul n-a consumat brînza pentru corecţia raţiei, ea trebuie consumată, ca de obicei, de la 4 luni, începînd cu 5 g şi treptat mărind cantitatea pînă la 40—50 g pe zi. Copiii bolnavi de hipotrofie consumă suplimentele alimentare precum sînt sucurile de fructe, pireul de mere (fructe) şi gălbenuşul de ou în termenii obişnuiţi (în lipsa contraindicaţiilor): sucurile — de la o lună, pireul de fructe — de la 1,5 luni, gălbenuşul de ou — de la 3 luni. Dar e foarte important a se respecta principiul treptat şi reacţia copilului.

Prima alimentaţie suplimentară cu pireu de legume, copiii cu hipotrofie o primesc de timpuriu — de la 3,5 luni. Pireul de legume trebuie să fie pregătit din cele mai diverse legume: cartofi, morcov, ridiche, dovlecei, bostan (cartofi nu mai mult decît 1/2 din volumul total al bucatelor). În pireul de legume trebuie de adăugat ulei vegetal. În afară de legumele naturale, pentru alimentaţia copiilor se pot folosi conservele de fructe şi legume, pregătite special pentru alimentaţia copiilor.

O a doua alimentaţie suplimentară, care se recomandă copiilor de la 4,5 luni, sînt terciurile lactate, mai întîi de 5—8%, apoi de 10%. Terciurile se pregătesc din diferite crupe (sau din făină pentru copii) — de hrişcă, ovăz, orez, griş.

Şi carnea se introduce în alimentaţia copiilor cu hipotrofie destul de timpuriu — de la 5—5,5 luni, începînd cu 5 g pînă la 70—80, iar cînd e necesar — pînă la 100 g pe zi (făcîndu-se calculul ingredienţilor alimentari). Bulionul de carne poate fi recomandat copiilor pînă la introducerea pireului de carne — de la 2—3 luni, deoarece el e o substanţă excitosecretorică puternică. Ţinîndu-se cont de aceasta, înaintea unei alimentaţii se dau 10—20 ml de bulion. Trebuie să se ţină la control reacţia copilului, deoarece copiilor ce suferă de alergie alimentară, bulionul de carne nu le este indicat.

Copiilor ce nu au poftă de mîncare li se recomandă să consume multe fierturi de legume, sucuri nedulci de fructe, pomuşoare şi legume, care, spre deosebire de alimentaţia obişnuită, trebuie luate înaintea unei hrane ce ar avea un volum de 20—30 ml. Copiilor mai mari li se recomandă

Scanned with OKEN Scanner

legume crude rase, salate de legume, acelora care nu întrebuinţează hrană consistentă li se poate da suc nedulce, fiertură de legume şi fructe, compot, o cantitate mică de apă.

Toate formele de hipotrofii la copii vorbesc de o polihipoavitaminoză. De aceea copiilor acestora li se recomandă un complex de vitamine în doză curativă pentru un timp îndelungat cu evidenţa vîrstei copilului. În primul rînd copiii au nevoie de vitamina C, mai ales în combinaţie cu vitamina P (galascorbin, ascorutin, complexul de vitamine A şi E aevit) şi de asemenea de vitaminele din grupa B (tiamina, riboflavina, piridoxina, cianocobolamina).

În legătură cu scăderea funcţiilor excitosecretorice şi fermentative ale tractului gastrointestinal, copiilor ce suferă de hipotrofie le este indicată folosirea preparatelor fermentative — acid clorhidric cu pepsină, pancreatină, panzionorm, festal, abomin. La anorexie, pentru stimularea funcţiilor trofice ale organismului se recomandă apilac. Cu scopul normalizării florei microbiene a intestinului se poate recomanda şi folosirea bifidum — şi colibacterinei, a bificolului şi lactobacterinei.

O importanţă mare la tratarea copiilor cu hipotrofie o are organizarea corectă a tuturor momentelor de regim — aflarea suficientă în aer liber, regimul corect, crearea tonusului emoţional pozitiv, efectuarea cursurilor de masaj, gimnastică, îngrijire igienică, proceduri de călire, băi cu sare şi conifere.

Alimentaţia în cazul anemiilor. Dezvoltarea anemiei alimentare la copiii sugaci e cauzată de obicei de încălcările în organizarea alimentaţiei, regimului, îngrijirii copilului. Deseori anemia se dezvoltă în urma bolilor infecţioase suferite. Dar de cele mai dese ori cauza e alimentaţia neraţională, cînd copilul nu primeşte cantitatea suficientă de proteine, vitamine, substanţe minerale, mai ales fier.

Influenţa componentului proteic al raţiei alimentare asupra proceselor de hematopoieză e cunoscută demult. Prin cercetări numeroase s-a dovedit că există o legătură strînsă între procesele de hematopoieză şi asigurarea organismului cu proteine. Proteinele participă activ la formarea hemoglobinei şi eritrocitelor. La insuficienţa proteinelor în raţia copiilor, mai ales a celor sugaci, se dezvoltă anemia alimentară.

Un rol important în procesele hematopoietice îl joacă substanţele minerale, mai întîi de toate fierul, apoi cuprul, zincul, manganul, nichelul.

Scanned with OKEN Scanner

Fierul este o parte componentă a hemoglobinei (fracției hematinice), el participă la transportul oxigenului din plămîni spre țesuturi. La deficitul fierului în rație se micșorează sinteza hematitei și se dezvoltă anemia feriprivă. De obicei, dacă sarcina se dezvoltă normal și alimentația mamei e corectă, copilul se naște cu rezervă suficientă de fier. Dar, în procesul creșterii și dezvoltării intensive, această rezervă chiar în primele luni poate să se epuizeze. De aceea e necesar chiar de la vîrsta de o lună a se introduce în rația copilului sucuri de fructe și legume, care sînt sursa principală de fier. În caz contrariu, la 3—4 luni nivelul hemoglobinei în sîngele copilului se micșorează considerabil.

Anemia se dezvoltă adeseori la copiii prematuri în rezultatul deficitului endogen al fierului, acidului folic și altor factori hematopoietici. Dezvoltarea anemiei, condiționată de factorii intrauterini, poate să se manifeste la copiii născuți dintr-o sarcină multiplă și de la mame, care suferă de anemie fieriprivă. Un risc anumit în dezvoltarea anemiei există la copiii născuți cu o masă mare a corpului și la creșterea rapidă a masei corpului în primele luni de viață.

Anemiile se pot dezvolta și în rezultatul asimilării insuficiente a fierului în organismul copilului, ceea ce se manifestă mai des la dereglările intestinale îndelungate. De obicei anemia se dezvoltă la enterite prelungite, enteropatii de diferite geneze, disbacterioze intestinale. În prealabil ea se determină la sindromul malabsorbției, la țeliachie, insuficiență lactozică, la forma intestinală a mucoviscidozei.

Patogeneza dezvoltării anemiei la dereglările activității intestinale se manifestă în absorbția incompletă a fierului în intestine și asimilarea lui insuficientă în organism în urma proceselor metabolice. Concomitent cu dereglarea absorbției și asimilarea fierului, la acești bolnavi se determină dereglarea metabolismului proteinelor, vitaminelor, substanțelor minerale, ce agravează anemia în urma dereglării hematopoiezei.

Un rol important în procesele hematopoietice îl au multe vitamine — în primul rînd vitamina B_{12}, acidul folic, acidul ascorbic ș. a. Prin experiențe s-a determinat că la deficitul în rația copilului a vitaminei B_{12}, acidului folic și a vitaminei B, se poate dezvolta anemia.

Tratarea anemiei trebuie să fie complexă. Luînd în considerare polietiologia acestei boli, complexul factorilor medicamentoși trebuie să cuprindă organizarea alimentației

Scanned with OKEN Scanner

raţionale, asigurarea regimului de vîrstă corect, folosirea terapiei medicamentoase corespunzătoare.

La elaborarea măsurilor terapeutice, orientate spre tratarea anemiei, în primul rînd e necesar a se găsi cauzele ce au provocat boala, şi în dependenţă de aceasta să se întocmească planul tratării.

În afară de aceasta e necesar a se lua în considerare caracterul anemiei (formele proteice şi feriprivă), vîrsta copilului, starea generală a lui (existenţa hipotrofiei, rahitismului), bolile asociate ş. a.

La tratarea anemiei alimentare mai întîi de toate e necesar a se lichida defectele din alimentaţie şi a recomanda copilului o alimentaţie complexă, corespunzătoare vîrstei şi stării de dezvoltare a lui.

Întocmindu-se dieta copilului bolnav de anemie alimentară, trebuie să se acorde o atenţie deosebită asigurării suficiente cu proteine şi săruri minerale, în primul rînd cu fier. În raţia alimentară a acestor copii trebuie să se conţină o cantitate suficientă de proteine complexe de origine animală, care constituie materialul pentru formarea hemoglobinei şi eritrocitelor. Nu e mai puţin importantă introducerea în alimentaţia copilului a unei cantităţi suficiente de produse ce conţin săruri de fier.

La formele proteinodeficitare de anemii, cantitatea proteinelor în raţie se recomandă a fi egală cu limita superioară a normei fiziologice sau puţin mai mare decît această normă (aproximativ cu 10%) şi se folosesc produsele ce conţin o cantitate suficientă de proteine complexe (carne, ficat, ouă, peşte, produse lactate).

Copilul bolnav de anemie şi care se află în primele luni de viaţă trebuie mai întîi de toate asigurat cu o alimentaţie corectă a mamei. În raţia ei trebuie incluse diverse fructe şi legume, ce conţin fier (sfeclă, varză, ridiche, mazăre verde, coacăza neagră, mere, pere, prune) şi de asemenea cantităţi suficiente de produse din carne, inclusiv subproduse.

Pentru alimentaţia artificială a copilului trebuie să se folosească numai amestecuri lactate adaptate, ameliorate cu substanţe minerale şi vitamine. Folosirea amestecurilor lactate simple şi a laptelui natural de vacă nu e raţională, deoarece conţin cu mult mai puţin fier. În aceste amestecuri lactate adaptate «Maliutca», «Malîş», «Detolact», «Vitalact» se introduc săruri de fier uşor asimilabile. Sînt bogate în săruri de fier unele amestecuri lactate adaptate de import — «Similac», «Bona», «Pilti», «Tuteli» ş. a.

Copiilor cu anemie le sînt foarte folositoare amestecu-

Scanned with OKEN Scanner

rile adaptate acidolactice «Bifilin», «Balbobec», amestecul acidolactic «Maliutca», «Vitalact-DM» acidolactic, care ameliorează procesele de digestie şi contribuie la asimilarea proteinelor şi a fierului. Pentru copiii mai mari se recomandă amestecurile acidolactice «Baldîrgan», «Biolact», «Biolact-2», chefir.

La organizarea alimentaţiei copiilor bolnavi de anemie e necesar să se facă sistematic calculul componenţei chimice a raţiei şi corecţia corespunzătoare. În acest caz trebuie efectuat calculul alimentaţiei nu numai conform cantităţii de proteine, dar şi componenţei minerale şi vitaminice a raţiei. Trebuie de reţinut că necesitatea zilnică în fier, la copil în primul an de viaţă constituie 7 mg.

Pentru corecţia părţii proteice a raţiei se folosesc asemenea produse, precum sînt brînza, gălbenuşul de ou, ficatul, carnea, peştele. Cu săruri de fier raţia se îmbogăteşte prin introducerea sucurilor, pireurilor de fructe şi legume şi de asemenea a produselor de origine animală: ficat, ouă, carne.

Copiii cu anemie trebuie să consume ficat, pentru că acesta conţine o cantitate considerabilă de fier, cupru, vitamine A, B_1, B_2, C şi aminoacizi ce au valoare biologică înaltă: triptofan, leicină, fenilalonină ş. a. Se presupune că în ficat se conţine factorul antianemic activ. Ficatul se recomandă copiilor bolnavi de anemie în termeni timpurii — de la 5 luni, începînd cu 3—5 g pînă la 50—60 g pe zi. Ficatul este tocat cu pireu de legume. Dacă copilul mănîncă ficat fără prea mare poftă, el atunci poate fi amestecat cu pireu de fructe.

Pentru tratarea anemiei în timpul de faţă se foloseşte un produs dietetic nou, folosit în alimentaţia enterală a bolnavilor de anemie — enpit antianemic, elaborat de Institutul Alimentaţiei al A.Ş.M. a U.R.S.S. Produsul conţine proteină lactată complexă, frişcă, ulei vegetal, care e ameliorat cu vitamine solubile în grăsimi şi apă şi cu glucerofosfat de fier. Cantitatea de fier în enpitul antianemic alcătuieşte 146%, inclusiv hemic — 74 mg%.

Enpitul antianemic se foloseşte ca soluţie de 15%, dar de cele mai multe ori se adaugă în bucatele din legume şi fructe. Enpitul se dă începînd cu 10 ml de băutură restabilită, mărind treptat doza pînă la 50 ml pe zi. În 50 ml de soluţie de 15% de enpit antianemic se conţin 11 mg de fier, inclusiv hemic — 5,5 mg.

O importanţă mare în alimentaţia copiilor cu anemie o au produsele ce conţin microelemente, precum sînt cuprul, zincul, cobaltul, manganul, nichelul şi vitaminele, în spe-

Scanned with OKEN Scanner

cial acidul ascorbic, acidul folic și vitaminele din grupa B. Microelementele și vitaminele indicate joacă un mare rol în procesele hematopoietice. La alimentația naturală copilul le primește în cantități suficiente dacă mama e sănătoasă și se alimentează corect. Laptele de mamă conține toate substanțele nutritive necesare pentru copil, săruri minerale și vitamine, de exemplu, cuprul se conține de aproape 3—4 ori mai mult în laptele mamei decît în laptele de vacă. Laptele de mamă conține și săruri de cobalt, nichel, mangan, el e bogat în vitamine: C, grupa B, acid ascorbic, de aceea copiii care sînt alimentați în mod natural suferă rar de anemie.

La alimentația artificială deseori se determină deficitul multor substanțe minerale și vitamine și se constată că cele din laptele de vacă sînt greu asimilabile. Deseori copilul care este alimentat artificial are nevoie de cantități mari de vitamine și substanțe minerale. De aceea, precum s-a menționat, este foarte important a folosi în alimentația artificială a copiilor, mai ales în primele luni de viață, dacă lipsește laptele de mamă, numai amestecuri lactate adaptate, ameliorate cu un complex larg de vitamine și substanțe minerale.

Pentru profilaxia și tratarea anemiei e foarte important a introduce din timp și în cantități suficiente în rația copilului cele mai diverse sucuri de fructe, pomușoare și legume, fructe și legume proaspete, iar în lipsa lor — conserve speciale de fructe și legume.

Copiilor cu simptome de anemii li se recomandă toate suplimentele alimentare și bucatele de bază ale alimentației suplimentare în termeni cît mai timpurii: sucurile de fructe se pot da de la 2—3 săptămîni. Pireul de fructe (mere) — începînd cu 5—6 săptămîni. Prima alimentație suplimentară în formă de pireu de legume, pregătit dintr-un asortiment larg de legume, se recomandă a fi dat cu o lună mai devreme decît prevede termenul obișnuit, adică de la 3,5 luni. Pentru pregătirea pireului de legume se folosesc legumele bogate în fier (bostan, tomate, spanac, salată). Terciurile lactate trebuie pregătite mai des din crupe, care-s bogate în fier (de ovăz, de hrișcă, făină de ovăz). Precum s-a mai menționat, în rația copilului se introduce ficatul de la 5 luni. Tot acum copiilor cu anemie li se poate da carne și conserve de carne pentru copii, la început cîte 10 g, apoi cîte 70—80 g spre sfîrșitul anului.

Bolnavii cu anemie deseori nu au poftă de mîncare, de aceea e foarte important ca hrana pentru ei să fie pregătită gustos, să aibă aspect atrăgător și să fie diversă. Copi-

Scanned with OKEN Scanner

ilor mai mari (după 1—1,5 ani) trebuie să li se dea ca supliment la bucate verdeţuri (mărar, pătrunjel, spanac, măcriş, salată), tăiate mărunt precum şi ceapă verde, usturoi, ridiche, ridiche de iarnă ş. a. La orice vîrstă, copilului i se dau sucuri de fructe şi pomuşoare (naturale şi conservate pentru alimentaţia copiilor).

În afară de alimentaţia raţională, copiii cu anemie au nevoie de un regim corect, îngrijire minuţioasă şi mai ales ei trebuie să se afle mult timp în aer liber, deoarece la scăderea hemoglobinei în sînge organismul copilului suferă o insuficienţă oxigenală; li se aplică şi gimnastică, care micşorează hipodinamia şi stimulează procesele metabolice.

Alimentaţia la rahitism. Cauza ce precede rahitismul este hipovitaminoza D, care se dezvoltă atît în rezultatul sintezei insuficiente a acestei vitamine în tegumentele copilului, cît şi la pătrunderea lui insuficientă cu hrana. E clar că de rahitism suferă în primul rînd copiii care se află în condiţii sanitaro-igienice neprielnice, ies rar în aer liber şi acumulează puţină iradiere cu raze ultraviolete, sînt alimentaţi neraţional şi nebalanţat.

S-a stabilit că rahitismul este cauzat nu numai de hipovitaminoza D, ci şi de alţi factori.

Principala cauză în apariţia rahitismului este alimentaţia dezechilibrată din punct de vedere al conţinutului substanţelor nutritive de bază, dezechilibrată din punct de vedere al componenţei minerale, care e precedată de dereglarea raportului dintre calciu şi fosfor.

Un rol important în alimentaţia copilului de vîrstă antepreşcolară îl au proteinele. La pătrunderea insuficientă a proteinelor cu hrana este frînată folosirea de către organism a calciului, se micşorează conţinutul proteinelor ce fixează calciul, fapt ce contribuie la îmbolnăvirea de rahitism.

Un rol mare în dezvoltarea corectă a copilului şi în profilaxia rahitismului îl au grăsimile. La pătrunderea insuficientă a grăsimilor se dereglează procesele de absorbţie a calciului, creşte necesitatea în vitamina D. Experienţele efectuate asupra animalelor de laborator au demonstrat că cantitatea de calciu în oase se află în dependenţă directă de conţinutul grăsimii din raţia acestor animale.

La evoluţia rahitismului, în afară de conţinutul insuficient de proteine, grăsimi, substanţe minerale, vitamina D în hrană, contribuie şi insuficienţa altor vitamine: tiamină, piridoxină, acid pantotenic, acid ascorbic.

Scanned with OKEN Scanner

Rahitismul, fiind o boală a întregului organism, cauzează dereglarea metabolismului şi echilibrului neuroendocrinic. Mai întîi de toate suferă metabolismul fosfor-calciu. Datorită dereglării mecanismului absorbţiei active a calciului şi fosforului în intestin şi reabsorbţiei acestora în canalele renale se micşorează conţinutul acestor minerale în serul sangvin şi în ţesutul osos. Concomitent se schimbă conţinutul altor substanţe minerale, mai ales al magneziului şi al altor microelemente.

Profilaxia rahitismului presupune în primul rînd respectarea regimului corect, aflarea zilnică în aer liber şi alimentaţia raţională.

Copiii ce se află în primii ani de viaţă trebuie să respecte o terapie dietetică a rahitismului, rolul principal deţinîndu-l alimentaţia raţională. S-a observat că copiii alăptaţi suferă mai rar de rahitism sau suferă de forme uşoare de rahitism. Aceasta se explică prin faptul că în laptele matern toate substanţele nutritive sînt biologic mai aproape copilului şi asimilarea lor are loc mai complet, decît a substanţelor nutritive din laptele de vacă. În laptele matern se conţine de 4 ori mai puţin calciu decît în cel de vacă, dar se asimilează mai complet, deoarece se află în asociere cu fosforul, ceea ce e necesar pentru asimilarea mai bună a ambelor minerale. În raport mai prielnic cu calciul se află proteinele şi grăsimile laptelui matern, fapt ce contribuie şi el la asimilarea mai bună a lor.

Profilaxia rahitismului presupune introducerea din timp în raţia copilului a sucurilor şi pireurilor de fructe şi legume, surse principale de substanţe minerale, a gălbenuşului de ou, bogat în proteine complexe, a grăsimilor şi vitaminei D. E importantă introducerea brînzei, cărnii, ficatului, acestea fiind surse de proteine complexe de origine animală, de vitamine şi săruri minerale. O importanţă mare o are pătrunderea suficientă a grăsimii, inclusiv a celei vegetale. Acizii graşi seminesaturaţi din componenţa ei sînt necesari pentru a asigura formarea corectă a membranelor celulare, structura cărora este dereglată în caz de rahitism.

Dacă la copii a fost constatat rahitismul sau manifestări ale lui, prima alimentaţie suplimentară se recomandă a fi începută puţin mai devreme: la 3,5—4 luni. Ea trebuie să conţină pireu de legume, în care să se adauge ulei vegetal. Terciul pentru copilul bolnav de rahitism trebuie să fie fiert cu decoct de legume, se va da prioritate terciurilor din crupe de ovăz şi hrişcă. De la vîrsta de 5 luni copilului trebuie să i se dea ficat, la 6—6,5 luni — carne, carne

Scanned with OKEN Scanner

de găină, rinichi, creier şi produse bogate în săruri minerale şi vitamine.

Cînd e nevoie ca copilul să fie trecut la alimentaţia mixtă şi artificială, trebuie folosite amestecurile lactate adaptate şi ameliorate cu vitamina D. Trebuie să se ţină minte că copilul care este alimentat numai cu amestecuri adaptate nu are nevoie de recomandarea vitaminei D în scopuri profilactice, deoarece conţinutul ei în amestec satisface complet necesitatea copilului în această vitamină. Alături de amestecurile adaptate dulci («Maliutca», «Detolact», «Vitalact» ş. a.) se folosesc larg şi variantele lor acidolactice («Bifilin», amestecul acidofil «Maliutca», amestecul acidolactic «Vitalact», «DM», «Balbobec»), care stimulează procesele de asimilare a substanţelor nutritive de bază, şi mai ales a sărurilor de calciu.

Toate alimentaţiile suplimentare, în caz de alimentaţie artificială a copilului cu amestecuri adaptate, se efectuează în aceeaşi consecutivitate şi în aceleaşi cantităţi ca şi la alimentaţia naturală.

Alimentaţia la rahitismul dezvoltat are anumite particularităţi. În primul rînd ea trebuie să fie orientată spre normalizarea proceselor metabolice, căci în sînge e scăzută cantitatea de acid ascorbic şi de vitamine din grupa B, care sînt reglori ai proceselor metabolice. De aceea la terapia dietetică a copiilor bolnavi de rahitism e necesar să se facă sistematic calculul alimentaţiei conform conţinutului proteinelor, grăsimilor, substanţelor minerale. La determinarea unor dereglări se efectuează corecţia calitativă şi cantitativă a raţiei. Calculul şi corecţia alimentaţiei copiilor bolnavi de rahitism trebuie făcut nu mai rar decît o dată la 7—10 zile.

La elaborarea raţiilor de alimentaţie pentru copiii bolnavi de rahitism mai întîi de toate trebuie prevăzută pătrunderea suficientă a proteinelor şi grăsimilor în organism, care participă activ la procesele de absorbţie şi asimilare a sărurilor de calciu, fosfor şi vitamina D. Aceste proteine trebuie să fie complexe conform componenţei aminoacidice.

Amestecurile lactate adaptate trebuie apropiate maximal de componenţa laptelui matern şi ameliorate cu un complex larg de vitamine, inclusiv vitamina D. Copiilor trebuie să li se dea sucuri de fructe şi legume, ce conţin în cantitate suficientă substanţe nutritive şi vitaminele necesare, pireu de legume (de la 3,5 luni). Terciurile se introduc în termenii obişnuiţi. Ele se prepară cu fiertură de legume. E bine ca în terciuri să se adauge legume şi fructe (terci «roz»). De la 5 luni copilului trebuie să i se dea

Scanned with OKEN Scanner

ficat, apoi pireu de carne alternat cu pireu de carne de găină şi subproduse. De obicei copiilor bolnavi de rahitism, alături de introducerea din timp a suplimentelor nutritive necesare şi a tuturor formelor de alimentaţie suplimentară, trebuie să li se aplice vitaminoterapia, mai ales în perioada de iarnă-primăvară.

O importanţă deosebită în profilaxia rahitismului o are asigurarea suficientă a copilului cu vitamina D. Vitamina D în doze profilactice se recomandă de la vîrsta de 3 săptămîni. Concomitent copiilor li se recomandă amestec citrat, ce contribuie la absorbţia calciului. Cînd alimentaţia se face cu amestecuri lactate adaptate, nu se recomandă vitamina D şi amestecul citrat, deoarece amestecurile indicate conţin o cantitate suficientă de vitamină D, multe din ele conţin acid citric şi natriu acidocitric.

Copiilor deja bolnavi de rahitism li se recomandă doze curative de vitamina D. În aceste cazuri trebuie să se ia în considerare cantitatea de vitamină pe care o conţin amestecurile lactate adaptate.

Un rol mare în profilaxia şi tratarea rahitismului îl joacă plimbările în aer liber, masajul şi gimnastica, băile de sare şi conifere.

Terapia dietetică la alergia alimentară. În ultimii ani alergia alimentară a devenit foarte răspîndită printre copii. Conform datelor unor autori, frecvenţa alergiei alimentare variază între 15 şi 40%. Alimentaţia în cazul bolilor alergice constituie o problemă foarte complicată, care încă n-a fost rezolvată definitiv.

În evoluţia bolilor alergice un rol decisiv îl are factorul ereditar, de aceea profilaxia alergiei alimentare începe încă pînă la naşterea copilului. Aceasta constă în organizarea alimentaţiei raţionale a viitoarei mame, deoarece cercetări numeroase au demonstrat că dacă alimentaţia femeii în timpul sarcinii e dereglată, atunci ea poate cauza manifestări de alergie la copil. E foarte important să se excludă din alimentaţia femeii gravide alergenii absoluţi, mai ales ciocolata, cafeaua naturală, cacaoa. În cantităţi limitate trebuie de folosit citrusii, nucile, mierea, ciupercile (în lipsă la femeie a reacţiei la aceste produse). Dacă femeia gravidă suferă de alergie alimentară şi manifestă intoleranţă pentru anumite produse, ele trebuie excluse din raţia ei pentru toată perioada graviditătii şi de alăptare a copilului.

Alimentaţia raţională complexă a femeii în timpul graviditătii şi alăptării copilului asigură dezvoltarea normală

Scanned with OKEN Scanner

a micuţului, contribuie la formarea din timp şi corectă a produselor lui metabolice.

În unele cazuri se observă legătura directă dintre dezvoltarea la copil a alergiei alimentare şi folosirea acelor produse pe care mama le consuma în cantităţi mari în timpul sarcinii. Astfel alimentaţia corectă a mamei în timpul sarcinii şi alăptării copilului este prima condiţie de profilaxie a alergiei alimentare la copil.

Al doilea moment profilactic important este alimentaţia corectă a copilului în primele zile de viaţă. Problema cea mai imporantă este alăptarea copilului, deoarece laptele de mamă este cel mai indicat, cea mai ideală şi mai desăvîrşită hrană pentru copil în primele luni de viaţă. Dacă laptele matern e insuficient sau lipseşte, copilul trebuie trecut la o alimentaţie mixtă sau artificială. În acest caz e necesar a întocmi foarte minuţios variantele raţionale ale acestei alimentaţii.

Terapia dietetică ocupă locul principal în tratarea complexă a alergodermatozelor. Pentru a le trata e necesar să se determine alergenul.

Pentru a determina sensibilitatea alimentară se efectuează o examinare complexă, care include teste clinice, alergologice, imunologice, diferite metode de examinare de laborator şi instrumentale.

O mare valoare în diagnostică o are anamneza cu evidenţa:

— eredităţii, condiţiilor de muncă şi odihnă, evoluţiei graviditătţii şi naşterii, alimentaţei în perioada graviditătţii şi lactaţiei (o atenţie anumită trebuie acordată folosirii din abundenţă a laptelui, brînzei, ouălor, peştelui, ciocolatei, mierei, cafelei).

O mare importanţă o au particularităţile alimentaţiei copilului, începînd de la naştere:

— durata alăptării;
— timpul şi cauzele trecerii la alimentaţia artificială;
— caracterul amestecurilor lactate folosite (adaptate, neadaptate, acidolactice);
— termenii introducerii diferitelor forme de alimentaţie suplimentară şi reacţia organismului copilului la ele;
— regimul alimentaţiei, volumul ei la fiecare hrănire şi în timpul zilei;
— componenţa raţiei copilului.

Pentru determinarea alergenilor alimentari, ce provoacă conflictul imunologic, se folosesc metodele imunologice de examinare. Cele mai importante dintre ele sînt:

1) testele radioimunosorbent şi radioalergosorbent;

2) reacţia hemaglutinării pasive cu diagnostice eritrocitare (I. B. Cuvaeva ş. a., 1981).

În primul an de viaţă copiii manifestă sensibilitate mărită pentru laptele de vacă. Conform datelor cercetărilor efectuate copiii de vîrstă antepreşcolară cu alergodermatoze constituie 73%.

Laptele de vacă deseori e tratat ca un complex de alergeni. Astăzi sînt identificate mai mult de 20 de proteine lactice. Hipersensibilitatea se poate dezvolta la una sau la cîteva fracţii a proteinelor laptelui de vacă.

Din cercetările pe care le-am efectuat împreună cu I. V. Cuvaeva am observat că copiii ce suferă în primii ani de viaţă de alergodermatoze au o sensibilitate şi pentru albumina serică de bou (53%) şi cazeină (48%).

Sensibilitatea numai pentru lapte — monoalergia — se întîlneşte în special la copii în primele luni de viaţă. Odată cu creşterea copilului alergia poate fi cauzată şi de produsele introduse pentru întîia dată în alimentaţie. În asemenea cazuri alergia devine polivalentă.

Pe locul doi după laptele de vacă, se manifestă sensibilitatea pentru legume şi graminee: grîu, secară; morcov, sfeclă, mazăre verde, pomuşoare cu floare roză (căpşune, fragi, caise, vişine, mere), solonacee (tomate, cafea, cartofi), crucifere (muştar, hrean, ridiche de iarnă), umbelifere (ţelină, pătrunjel), citruşi (mandarine, portocale, lămîi, grepfruturi). Reacţiile alergice pot fi cauzate de ciocolată, cacao, ciuperci, nuci, miere, peşte şi produsele din peşte (icre, grăsimi de peşte, crabi) — această grupă de produse a fost denumită grupă de alergeni absoluţi sau produse ce posedă un potenţial sensibilizator înalt.

Astăzi sînt foarte răspîndite diverse suplimente alimentare (coloranţi, conservanţi, emulgatori), care ameliorează calităţile gustative ale produselor. Deosebit de pronunţate sînt proprietăţile alergizante pe care le posedă coloranţii ce conţin azot: tatrazina ce colorează alimentele în galben şi se conţine în sirop, limonadă, dulceaţă, unele produse de cofetărie şi mezeluri.

Nitrita de natriu e o substanţă bacteriostatică, folosită des la murare şi la fabricarea brînzei de Olanda.

Salicilaţii se folosesc la fabricarea brînzei, margarinei, muştarului, la conservare. Ele se conţin şi în multe fructe şi legume (poamă, fragi, piersici, mere, vişine, prune, tomate, cartofi, castraveţi). În caramelă, ciocolată, glazură acidul salicilic este produsul ce prelucrează coloranţii care conţin azot.

Şi acidul benzoic e folosit la fabricarea marmeladei. Se

Scanned with OKEN Scanner

conţine în mure, prune, coacăză neagră, de aceea aceste produse trebuie limitate în raţia copiilor cu alergii alimentare.

De obicei reacţiile alergice alimentare se manifestă imediat, dar se întîlnesc şi reacţii lente, de aceea se recomandă dimineaţa să se introducă produse noi în raţia copilului, pentru ca în timpul zilei să se observe reacţia alergică. Dacă ea lipseşte, atunci peste o zi mărim volumul produsului ş. a. m. d. pînă la norma de vîrstă necesară.

Fără îndoială că crearea unei diete unice pentru copiii cu alergodermatoze practic e imposibilă, deoarece pentru unii bolnavi e necesară doar excluderea greşelilor din alimentaţie, iar alţii au nevoie de schimbarea principială a raţiei.

Pentru a determina sensibilitatea pentru un produs sau altul, medicul trebuie mai întîi să analizeze minuţios raţionalitatea excluderii lui din raţia alimentară.

Dieta la trofalergie este elaborată conform tipului dietei de eliminare, adică acel produs care măreşte sensibilitatea organismului este exclus. In cazul excluderii unor produse ele trebuie substituite cu altele, astfel încît cantitatea totală de proteine, grăsimi şi glucide, ce se conţin în raţie, să rămînă în limita necesară vîrstei copilului. Termenul excluderii produselor ce cauzează alergii se determină individual.

Un mare rol în organizarea alimentaţiei trebuie acordat regimului alimentar şi volumului zilnic al hranei, indicat în dependenţă de vîrsta bolnavului.

La bolile alergice copilul trebuie să consume o cantitate suficientă de proteine necesare vîrstei lui, mai ales că unele alergii, cum e eczema, le descompun considerabil. In afară de aceasta, existenţa suprafeţei plăgii ce contribuie la infecţia secundară şi la scăderea reacţiei imunologice totale, dictează necesitatea asigurării bolnavului cu cantitatea suficientă de proteine.

In dietele pentru copii cu alergii e raţional a se menţine pătrunderea suficientă în organism a grăsimii. Pentru copiii bolnavi de eczemă, în afară de cantitatea necesară totală de grăsime, trebuie prevăzut un raport corect dintre grăsimile de origine animală şi cele de origine vegetală; ultimele trebuie să alcătuiască 25—30% din cantitatea totală de grăsimi. Acizii seminesaturaţi ce intră în componenţa uleiului vegetal sînt foarte necesari pentru aceşti copii, deoarece ei contribuie la epitelializarea ţesuturilor, măresc funcţiile de protecţie ale organismului şi reglează procesele de oxidare.

Scanned with OKEN Scanner

Din raţia bolnavilor cu eczeme trebuie excluse grăsimile greu fuzibile, deoarece ele încetinesc procesele de digestie. Dar e necesar a se include în raţie o cantitate anumită de unt, ce conţine acid arahidonic şi vitamine solubile în grăsimi, necesare acestor bolnavi.

Savanţii au indicat introducerea în raţie a unei cantităţi mărite de ulei vegetal, care nu numai influenţează asupra metabolismului lipidelor, ci acordă şi o acţiune prielnică asupra organismului, mărind funcţia lipotropică a holinei şi micşorînd glucoza în ţesuturi.

Uleiul vegetal se introduce atent în raţia copilului începînd cu 1—2 picături, şi mărind treptat cantitatea lui zilnică pînă la necesităţile recomandate. Şi untul se introduce, în dietă treptat, făcînd ca timp de 7—10 zile cantitatea lui să atingă norma fiziologică. La intoleranţa untului se foloseşte untul topit, care într-o mare măsură e eliberat de proteinele laptelui de vacă.

La alergodermatoze se recomandă a se păstra cantitatea suficientă de glucide. Dar e raţional să se schimbe puţin componenţa lor. În primul rînd, trebuie micşorată cantitatea de glucide ce se absorb uşor (zahărul, dulciurile), în al doilea rînd, trebuie limitată cantitatea de crupe şi produse făinoase. Cantitatea de fructe trebuie mărită; cu aceste produse se introduce o cantitate suficientă de radicali alcalini, care neutralizează valenţa acidică, normalizează echilibrul acido-alcalin şi stimulează metabolismul glucidelor.

La eczeme se recomandă dietele ce prevăd substituirea zahărului cu xilită (M. A. Utkelova, 1973; M. P. Dombrovskaia, 1973). Xilita se absoarbe încet, are o acţiune anticetogenă, lipotropică, are capacitatea de păstrare a vitaminelor, posedă o capacitate rezorbtivă bună.

La majoritatea copiilor cu forme diverse de boli alergice se observă şi o polihipovitaminoză, ce se manifestă printr-o uscăciune a tegumentelor, descuamare, pigmentaţie neuniformă, schimbări distrofice ale părului, unghiilor ş. a. Orice limitări în alimentaţia acestor bolnavi agravează insuficienţa de vitamine.

La întocmirea corectă a raţiei copilul primeşte o cantitate suficientă de vitamine. Introducerea suplimentară a vitaminelor la bolile alergice se face numai la indicaţia medicului care ia în considerare necesităţile individuale. O atenţie deosebită trebuie acordată vitaminei A, deoarece ea participă activ la metabolism, contribuie la regenerarea mucoaselor şi tegumentelor, de aceea vitamina A se recomandă acestor bolnavi suplimentar.

Scanned with OKEN Scanner

La bolnavul cu manifestări alergice se determină şi o instabilitate a metabolismului hidro-electrolitic: conţinutul de natriu e mărit în serul sangvin şi e scăzută excreţia lui cu urina. Pentru normalizarea balanţei hidro-electrolitice, pentru micşorarea exudaţiei la formele umede ale eczemei e raţională limitarea în alimentaţie a natriului, micşorîndu-se consumul de sare.

Totodată hrana trebuie să conţină o cantitate suficientă de săruri de calciu şi magneziu, care ar contribui la desensibilizare şi ar micşora permeabilitatea vaselor de sărurile de kaliu, fosfor şi microelemente.

Este foarte dificilă organizarea alimentaţiei pentru copii în primele luni de viaţă cu alergii alimentare, condiţionate de sensibilitatea pentru proteinele laptelui de vacă. E necesar ca acestor copii să li se menţină maximal alimentaţia naturală, fapt ce le asigură un înalt nivel de apărare imunologică, o stare normală a biocenozei intestinului. În acest caz raţiile mamei şi copilului bolnav trebuie să fie corectate minuţios cu excluderea alergenţilor determinaţi şi a substanţelor extractive.

Dacă copilul are dereglări ale tractului gastrointestinal, ce se manifestă prin diaree permanentă, atunci în raţia lui trebuie introduse produse acidolactice (una sau două alimentaţii), care posedă calităţi antibacteriene şi contribuie la restabilirea florei microbiene a intestinului. În primele luni de viaţă e raţional a folosi amestecuri acidolactice adaptate — amestecul acidofil «Maliutca», «Bifilin», «Balbobec», «Vitalact» acidolactic. Copiilor mai mari li se poate da chefir, biolact, «Baldîrgan» ş. a. (T. A. Borovic, 1983).

În raţiile copiilor cu alergie alimentară sucurile şi pireurile de fructe se dau mai tîrziu decît de obicei. Ele se introduc foarte atent, începînd cu doze mici şi urmărind reacţia copilului. Se dă prioritate fructelor şi pireurilor de fructe naturale. Mai întîi se introduce sucul de mere, pregătit din soiuri de mere verzi (antonovca, ranet, simirenco). Fiecare suc nou se dă copilului nu mai devreme decît peste 1,5—2 săptămîni pentru a aprecia toleranţa produsului nou.

Pireul de fructe se dă de la 2 luni. Şi el se pregăteşte din mere proaspete. Ulterior componenţa pireurilor de fructe se măreşte. În dependenţă de timpul anului se dă pireu din coacăză albă sau neagră, din soiuri de cireşe albe, pere, prune, banane. E necesar a se urmări reacţia la fiecare produs. Termenii aproximativi ai introducerii produselor şi

Tabelul 27

Termenii introducerii produselor şi bucatelor în raţia copiilor în primul an de viaţă în caz de sensibilitate mărită la laptele de vacă şi la produsele recomandate

Produse şi bucate	Vîrsta copilului, luni		Produse recomandate
	sănătos	cu alergodermatoze	
Sucuri de fructe	1	nu mai devreme de 2,0	mere de culoare verde, coacăză roşie şi albă, cireşe galbene, pere, banane
pireu de fructe	1,5—2	2—2,5	
gălbenuş de ou	3	—	
brînză	4	—	
pireu de legume	4—4,5	3—3,5	dovlecei, cartofi, varză, bostan, ridiche
terciuri	5	4—4,5	crupe: de orez, de ovăz, de hrişcă, arpacaş
pireu de carne	7	4,5—5	carne de vită, de porc slabă, de iepure, de curcă, de pui
bulion de carne	7	—	
lapte	7	—	
pesmeţi	7	7	din pîine de secară
pîine	8	8	de secară «Barvinskii», «Zdorovie»
Peşte	9—10	—	
ulei vegetal	4	3,5	de floarea-soarelui, de porumb, de măsline
unt	5	4,5—5	unt topit

bucatelor copiilor în primul an de viaţă cu intoleranţa laptelui de vacă sînt prezentate în tabelul 27.

Copiii care sînt alimentaţi artificial şi mixt, în lipsa sau la o sensibilitate slab manifestată faţă de proteinele laptelui de vacă, trebuie să consume în primul rînd produse acidolactice, ce posedă proprietăţi alergizante mai slabe decît amestecurile lactate dulci. Dacă folosind amestecurile acidolactice nu se obţine un efect pozitiv, e necesar ca acestea să se limiteze, substituindu-se cu bucate din alimentaţia suplimentară, care în asemenea cazuri sînt introduse puţin mai devreme, de la 3—3,5 luni. Prima alimentaţie suplimentară a acestor copii o constituie pireul de legume: dovlecei, varză, cartofi. În componenţa pireului de legume treptat se poate introduce bostan, ridiche, acordînd atenţie la toleranţă. Componenţii în pireu se introduc treptat, cîte unul, peste 3—5 zile, în lipsa reacţiei.

A doua alimentaţie suplimentară, care e indicată de la

4 luni, o alcătuiesc terciurile. Crupele pentru pregătirea terciurilor trebuie să fie alese strict individual, dîndu-se prioritate orezului, crupei de hrişcă, ovăzului, arpacaşului. După deprinderea copilului cu aceste crupe, terciurile se pot pregăti din amestecurile acestor crupe. Terciurile se prepară fără lapte, cu fiertură de legume sau fructe. Cartofii şi crupele se înmoaie în prealabil în apă rece timp de 12—18 ore pentru a înlătura o parte de amidon.

În cazuri grave de boală, la determinarea titrelor înalte de anticorpi la proteinele laptelui de vacă şi lipsa efectului în urma terapiei efectuate apare necesitatea de a trece bolnavii la alimentaţia cu folosirea laptelui altor animale sau la alimentaţia fără lapte. În asemenea caz sînt folosite produsele care au la bază proteine vegetale — laptele de migdală sau produsele speciale, bazate pe izolanţi ai soiei, care au componenţa chimică aproape de cea a laptelui matern. Durata folosirii laptelui de migdală e limitată: 1—2 luni. Raţiile cu folosirea lui necesită o corecţie minuţioasă, deoarece acest lapte se deosebeşte printr-o valoare calorică mică, conţinut insuficient de calciu, natriu, vitamina C.

Mai de perspectivă este folosirea amestecurilor, pregătite pe baza izolantului proteinei de soia. Peste hotare există amestecuri, ca «Izomilal» (S.U.A), «Nutrisoia» (Olanda), «Pro-Soia» (Danemarca) ş. a. (tab. 28). Aceste amestecuri pot fi folosite atît în formă naturală, precum şi la pregătirea terciurilor şi bucatelor de legume. Durata folosirii lor constituie 2—3 luni în dependenţă de termenii atingerii remisiunii stabile.

Particularitatea alcătuirii raţiei copiilor cu alergie alimentară, care prevede limitarea sau excluderea produselor lactate, dictează necesitatea introducerii timpurii a pireului de carne, care se recomandă de la 4—4,5 luni. Carnea va fi supusă unei prelucrări speciale — fierberii duble pentru eliberarea de substanţe extractive. Pentru aceasta se pune în apă rece, apoi apa se varsă, iar carnea se acoperă cu apă fierbinte şi se fierbe.

În cazurile intensificării manifestărilor alergice la introducerea cărnii de vită, ce are loc în cazul unei sensibilităţi înalte faţă de albumina serică de vită, ea poate fi substituită cu carne de porc slabă, carne de iepure, curcă şi pui.

Greutăţile asigurării necesităţii copilului cu proteine au făcut să se creeze forme speciale de produse dietetice — conserve de carne, ce posedă calităţii hipoalergice.

Problema creării conservelor dietetice de carne pentru

Scanned with OKEN Scanner

Tabelul 28

Componența amestecurilor pe bază de izolatori ai proteinelor de soia (în 100 ml)

Denumirea amestecului	Starea de agregare a amestecului	Componența substanțelor nutritive			Valoarea calorică	Suplimente	Firma
		proteine	grăsimi	glucide			
1	2	3	4	5	6	7	8
Alergolac	solidă	3,5	2,0	5,4	51	—	Cau end Geit (Marea Britanie)
Izomil	solidă lichidă concentrată	1,8	3,6 de cocos, porumb.	6,8 dextrin-maltoza	66	l-metionină taurină cartitină	Abott-Laboratory (S.U.A.)
Linosoia	solidă	1,87	3,25	6,9	65		Lidano (Danemarca)
Medi-soia	lichidă	2,0	3,4	6,9	68	l-metionină	Orion (Finlanda)
Neo-soia	solidă	1,9	3,6 de cocos, de porumb	7,2 dextrin-maltoza	70	l-metionină	Daiadal (Danemarca)
Nutromigen	solidă	2,2	2,6	8,6	71		Mitt Johnson (S.U.A.)
Nur-soia	lichidă concentrată	hidrolizat de cazeină 2,1	3,6 de cocos, de porumb	6,8	68	l-metionină	Vaulab (Marea-Britanie)
Nutri-soia	lichidă	2,2	2,9	7,9	67		Nutriția (Olanda)
Prosobi	solidă lichidă concentrată	2,0	3,6 de cocos, de porumb	6,8 dextrin-maltoza	67	l-metionină	Mitt Johnson (S.U.A.)

Scanned with OKEN Scanner

Prelungirea tabelului 28

1	2	3	4	5	6	7	8
Presoial	solidă	2,2 hidrolizat de cazeină	2,8 de porumb, trigliceri de verigă medie	8,8 glucoza, amidon tapiocic	73		Mitt Johnson (S.U.A.)
Progestamil	solidă	1,95	3,0	7,12 maltoza dextrin-	63	1-metio-nină	G.D.S. (India)
Soial	solidă	2,34	2,34	7,54 zaharoza	61		G.D.S. (India)
Soieval	solidă	3,2 făină de soia	2,6	8,0 dextrin-maltoza zaharoza	70		Dieta (R.D.G.)
Soiamil	solidă	21,9	3,6	6,7 dextrin-maltoza	65	1-metio-nină	Plivatonină (Jugoslavia)
Formula	solidă	2,1	3,2	7,3	65	1-metio-nină	Cau end Geit (Marea Britanie)
Humana	solidă	2,0	3,6	6,9 dextrin-maltoza	68		Humana (R.F.G.)

Scanned with OKEN Scanner

bolnavii cu alergie alimentară este deosebit de actuală, deoarece la copii deseori se determină o sensibilitate concomitentă pentru proteinele laptelui de vacă și pentru carnea de vită, ce au asemănare antigenă. Limitarea sau excluderea acestor produse din alimentația copilului creează dificultăți mari în ce privește corecția părții proteice a rației și în asigurarea necesității fiziologice cu proteine de origine animală.

Asigurarea necesității fiziologice cu proteine de origine animală a fost cauza creării de forme speciale de conserve dietetice din carne de porc, de cal și combinate, ce posedă calități hipoalergenice, capabile să substituie carnea de vită și să completeze deficitul de proteine în rație.

Analiza făcută cărnii de porc și de cal a dovedit că valoarea ei biologică este mai înaltă decît cea a cărnii de vită. Proteinele cărnii de porc sînt mai complexe din punct de vedere al componenței optimale a aminoacizilor. În carnea de porc e mai mare cantitatea de acizi grași seminesaturați: linolenic, linolic, arahidonic. În afară de aceasta s-a dovedit că carnea de porc e mai bogată în vitamina B_1. Cît privește carnea de cal, procentul aminoacizilor indispensabili (triptofan, izoleicin, lizina, gistidina) ce se află în componența proteinelor e mai mare decît în proteinele cărnii de vită. Grăsimea cărnii de cal are temperatură joasă de topire, se asimilează ușor de către organism, e bogată în vitamina A, conține mai mult de 50% de acizi grași nesaturați, e capabilă să dizolve colesterolul.

În timpul de față industria națională produce conserve de carne de porc «Pireu de carne de porc», din carne de cal «Conioc-Gorbunoc», din carne de porc cu ficat «Ceburașca», din carne de porc cu carne de cal «Vini-Puh».

Alături de măsurile dietetice în perioada acută a bolii e necesar să se recomande substanțe simptomatice sub formă de curse de preparare antihistaminice, terapia cu fermenți, preparate ce corectează flora microbiană a intestinelor (bifidum-, lacto- și colibacterin) și tratarea cu unguente. Și totuși bolnavii cu alergie alimentară trebuie în primul rînd să urmeze o terapie dietetică.

Scanned with OKEN Scanner

CAPITOLUL 5

ALIMENTAŢIA LA BOLILE CRONICE ALE ORGANELOR DIGESTIVE

Alimentaţia la ulcerul stomacal şi duodenal. Ulcerul stomacal şi duodenal sînt patologii care se întîlnesc frecvent la copii. Patogeneza ulcerului o constituie interacţiunea dereglărilor factorilor nervoşi, hormonali şi locali. Se ştie că diferiţi factori psihogeni, ce provoacă supraîncordarea sau slăbirea scoarţei cerebrale, conduc la slăbirea funcţiei ei de frînare, făcînd să apară focarul «stagnant» de excitaţie în regiunea talamo-hipotalamică, în centrul nervului vag. Sporirea activităţii parasimpatice contribuie la intensificarea funcţiei motorice şi secretoare a stomacului, spasmului îndelungat al vaselor cu dereglările trofice ulterioare. Dar schimbările în sistemul hipofizar conduc la sporirea formării A.C.T.H., care contribuie la mărirea eliminării de către scoarţa suprarenală a glucocorticosteroidelor. A.C.T.H. şi glucocorticosteroidele intensifică secreţia acidului clorhidric, frînează mucogeneza în stomac şi inhibează procesele de regenerare în mucoasa gastroduodenală.

S-a dovedit că acizii biliari (la refluxul duodeno-gastral) provoacă breşa sistemului de protecţie a mucoasei stomacului şi conduc la căderea diferenţei potenţialului ionilor de hidrogen şi la sporirea funcţiilor secretoare şi acidopeptice ale stomacului.

Trebuie de menţionat că în evoluarea ulcerului un rol mare îl joacă mecanismele autoimunologice, predispoziţia ereditară şi influenţa alimentaţiei asupra rezistenţei mucoasei stomacului şi duodenului.

Astfel, ulcerul apare numai atunci cînd apare o necorespundere dintre factorii agresiei acidopeptice a sucului gastric şi posibilităţile de protecţie a mucoasei stomacului şi duodenului.

Datorită posibilităţii regenerative înalte a mucoasei, stomacul poate îndeplini funcţii digestive foarte importante: prelucrarea chimică şi fizică a hranei, depozitarea rezervelor nutritive şi evacuarea lor treptată în duoden. El ia parte şi la metabolismul hidro-electrolitic, la hemopoieză, la excreţia produselor metabolismului.

Scanned with OKEN Scanner

În cazul ulcerului procesele regeneratoare în celulele epiteliale se dereglează; de aceea principiul de bază al terapiei dietetice în cazul ulcerului este cruţarea mucoasei. Dietele antiulceroase «Dietele 1» larg folosite astăzi asigură bolnavului o alimentaţie complexă şi cruţarea mecanică, chimică şi termică a mucoasei zonei gastroduodenale.

Cruţarea mecanică a mucoasei regiunii gastroduodenale e asigurată de prepararea culinară corespunzătoare: toată hrana se dă în formă de terci, cu aspect mucos, trecută prin sită (dieta 1a, 1b, varianta pasată). Din dietă sînt excluse produsele ce conţin ţesut conjunctiv (pielea de pasăre şi peşte, carnea cu vene, cartilaje), cantităţi mari de celuloză şi membrane celulare (fasole, mazăre, ridiche, ridiche de iarnă, varză, fructe cu coajă, fructe necoapte), pomuşoare cu coajă groasă (curmale, coacăză, poamă, agriş), pîine de secară.

Principiul cruţării chimice rămîne a fi principiul de bază atunci cînd se elaborează dieta alimentară pentru bolnavii de ulcer. Cruţarea chimică a mucoasei regiunii gastroduodenale se obţine prin prepararea culinară corespunzătoare şi prin alegerea corespunzătoare a produselor. Astfel, unul şi acelaşi produs, pregătit în mod diferit, acţionează diferit asupra aparatului secretoric al stomacului. Se ştie că carnea prăjită provoacă excitarea puternică a glandelor secretoare ale stomacului, iar carnea fiartă îl excită foarte puţin.

Raţia alimentară a bolnavului cu ulcer trebuie alcătuită din produse ce sînt slabi excitanţi ai funcţiei secretoare a stomacului: ape alcaline (ce nu conţin bioxid de carbon), lapte, brînză, frişcă, ouă moi sau omletă, pîine albă veche, carne şi peşte fiert, pireuri de legume trecute prin sită, supe lactate cu crupe, terciuri lactate lichide, ceai neconcentrat, grăsimi. O parte din grăsimi (30—40%) e raţional să le alcătuiască uleiul vegetal. Uleiurile vegetale se adăugă în terciuri, supe şi în fabricatele din peşte. Acizii graşi seminesaturaţi, ce se conţin în uleiurile vegetale, normalizează fenomenele metabolice dereglate la bolnavii cu ulcer, contribuie la cicatrizarea ulcerului şi la micşorarea excitaţiei reflectorii a stomacului.

Un rol important în procesul vindecării defectului ulceros îl au proteinele, mai ales de origine animală, care joacă rolul materialului plastic ce acţionează antiacidic şi inactivează acidul clorhidric din conţinutul stomacal.

În scopul măririi valorii energetice a raţiei, ameliorării cu proteine, cu acizi graşi seminesaturaţi, stimulării proceselor reparative la ulcerul stomacal şi duodenal e necesar a

se întrebuinţa enpitele proteic şi lipidic. Aceste produse curative efective şi uşor asimilabile se pot folosi în formă de soluţie (de obicei de 15%) în calitate de băutură sau substrat pentru alimentaţia prin sondă şi ca adaos la diverse bucate. Secreţia sucului gastric este influenţată şi de consistenţa hranei. Astfel, hrana lichidă şi terciurile excită mai puţin stomacul şi îl părăseşte mai repede decît cea solidă. Cu cît e mai îndelungat timpul aflării hranei în stomac, cu atît mai mult se măreşte funcţia lui secretorică.

Din raţie trebuie excluse produsele şi bucatele ce sînt excitanţi puternici ai secreţiei gastrice: carnea, peştele, bulionurile de ciuperci, terciuri de varză, produsele afumate din carne şi peşte, conservele, murăturile, marinatele, pîinea de secară, cafeaua, cacaua, ciocolata, ceaiul concentrat, mirodeniile (muştarul, scorţişoarele, hreanul, ardeiul, ceapa, pătrunjelul, măcrişul ş. a.), toate bucatele (de origine vegetală şi animală) pregătite prin prăjire, băuturile gazoase.

Luînd în considerare că sarea de bucătărie menţine manifestările inflamatorii în regiunea gastroduodenală, stimulează funcţia secretoare a stomacului, bolnavilor li se dă limita inferioară a normei fiziologice de sare de bucătărie.

S-a determinat că dieta bogată în glucide măreşte excitabilitatea sistemului nervos vegetativ şi sporeşte sindromurile clinice ale bolii (de durere, dispeptic, astenovegetativ). De aceea în prima etapă de tratare cantitatea de glucide în raţia zilnică se micşorează.

Principiul cruţării termice a receptorilor şi mucoasei regiunii gastroduodenale are o importanţă mare la întocmirea dietei bolnavilor cu ulcer. Cele mai indiferente sînt bucatele temperatura cărora e apropiată de cea din stomac (36—37°C). Hrana fierbinte (45—50°C) trebuie exclusă, deoarece ea excită mucoasa regiunii gastroduodenale, reţine evacuarea din stomac şi măreşte peristaltismul intestinului, conducînd la apariţia spasmelor. Hrana rece inhibează funcţiile acido- şi fermentopoietice, provoacă încetinirea proceselor regeneratoare ale epiteliului.

Dieta trebuie să conţină o cantitate suficientă de vitamine, care contribuie la vindecarea proceselor regeneratoare.

Trebuie de menţionat că condiţia neapărată a alimentaţiei dietetice în caz de ulcer este respectarea regimului alimentar; alimentaţia trebuie să fie fracţionară (6—7 ori pe zi) cu porţii mici în dependenţă de vîrsta copilului.

Metoda terapiei dietetice în cazul ulcerului se efectuează diferenţiat cu evidenţa perioadei bolii (perioada acută, pe-

rioada remisiei clinice incomplete, remisia clinică şi însănătoşirea sau remisia clinico-endoscopică). În perioada acutizării se recomandă cea mai strictă dietă. În următoarele perioade alimentaţia dietetică se lărgeşte, iar în perioada remisiei clinico-endoscopice complete ea se face ca şi la copiii sănătoşi.

Ulcerul la copii evoluează atît pe fonul funcţiei secretoare menţinute a stomacului (acidopoieza normală sau sporită), cît şi cu funcţia acido-peptică scăzută. În dependenţă de starea funcţională a stomacului există deosebiri principiale în dietoterapie. La tratarea ulcerului cu funcţie acidopoietică sporită un rol mare se acordă folosirii optimale a bucatelor ce posedă proprietăţi de tamponare şi sînt excitanţi slabi ai secreţiei.

Terapia dietetică a ulcerului cu funcţia acidopoietică şi fermentopoietică menţinută şi sporită constă în indicarea consecutivă a dietelor 1a, 1b în dependenţă de perioada bolii.

În perioada stingerii procesului patologic şi în timpul remisiei după dieta № 1 este urmată de dieta № 2.

La ulcerul complicat cu hemoragie gastrică, copiilor li se indică dietă individuală de 2—3 zile şi nu li se dă nici un fel de hrană şi se trece la alimentaţia parienterală completă. Alimentaţia parienterală asigură organismului materialul plastic şi energetic necesar şi este factorul principal al unui tratament reuşit. Alimentaţia parienterală se efectuează conform sistemului alimentaţiei balanţate. Pentru alimentaţia parienterală se folosesc preparatele de proteine, din care fac parte hidrolizatele proteinelor şi soluţiile aminoacizilor cristalini.

Din preparatele substanţelor plastice fac parte: hidrolizatul de cazeină ŢOLIPC (U.R.S.S.), aminon (Finlanda), aminozol (Suedia), amigen (S.U.A., Italia), aminoplasmal (R.F.G.), alvezin (R.D.G.) ş. a.

În calitate de substrat energetic se foloseşte mai des glucoza ca sursă fiziologică de energie. O răspîndire largă o au emulsiile grăsoase — intralipid (Suedia), lipofundin (R.F.G., Finlanda), lipozin (S.U.A.) ş. a.

Principiul de bază al alimentaţiei parienterale este introducerea concomitentă, uniformă şi cu viteză mică (timp de 22—24 de ore) a substratelor plastice şi energetice. Viteza infuziei trebuie să contribuie la asimilarea ingredienţilor nutritivi introduşi. Tot volumul amestecului nutritiv trebuie repartizat uniform pentru toată ziua sau în 3—4 etape cu durata de 6—12 ore. Preparatele aminoacide se recomandă a fi introduse cu viteza de 0,05 g/kg/oră timp de 4—5

Scanned with OKEN Scanner

zile pînă la 0,1 g/kg/oră, adică aproximativ 2,5—3,0 g de proteină convenţională la 1 kg de greutate pe zi. În medie toţi hidrolizaţii proteici conţin în 100 ml 0,8 g de azot. Înmulţind cantitatea de azot ce se conţine în 100 ml de hidrolizat la coeficientul 6,25 (1 g de azot e echivalent cu 6,25 g de proteine), obţinem cantitatea proteinei convenţionale în 100 ml de preparat. De exemplu, 0,8×6,25=5 g de proteină convenţională. Astfel pentru ca bolnavul cu greutatea de 20 kg să primească cîte 3,0 de proteine/kg de greutate pe zi, volumul preparatului azotic necesar va constitui $\frac{100\times60}{5}$ =1200 ml de hidrolizat.

Viteza introducerii emulsiilor grăsoase oscilează între 0,05 pînă la 0,1—0,15 g/kr/oră. Se începe cu 0,5 g/kg/24 ore şi se ajunge timp de cîteva zile pînă la 2—2,25 g/kg/24 ore. Pentru ameliorarea asimilării grăsimilor în amestecul infuzat se introduce heparină în doză nu mai mare decît 50 un./oră (0,1 ml de heparină în 10 ml de apă distilată=50 un. în 1 ml).

Concentraţia soluţiei principale de glucoză trebuie efectuată treptat (5%—8%—10%—15%—20%), ţinîndu-se la control glicemia şi glucozuria (concentraţia zahărului în sînge nu e mai mare de 1,3—1,5 g/l; glucozuria nu trebuie să depăşească 0,05%). Cînd e necesar, se introduce insulină — 1 un. la 4 g de glucoză. Pentru asimilarea glucozei trebuie de început introducerea ei cu viteza de 0,55 g/kg/oră, fără a depăşi 0,7—0,8 g/kg/oră.

Raportul P: G: Gl=17—20%; 15—30%; 50—60%. Emulsiile grăsoase nu se recomandă să fie amestecate cu soluţiile de săruri şi glucoză, deoarece la interacţiunea lor apare pericolul emboliei grăsoase. Introducerea concomitentă a soluţiilor de glucoză şi aminoacizi ameliorează asimilarea ultimelor.

Întreruperea introducerii soluţiilor concentrate de glucoză nu trebuie să fie bruscă, dar treptată, în caz contrar se poate dezvolta hipoglicemia postinfuzionică.

La alimentaţia parienterală mai îndelungată e necesar să se adauge în amestecurile nutritive vitamine şi microelemente. După întreruperea hemoragiei, timp de 1—2 zile se combină alimentaţia parienterală şi enterală în stare rece (lapte, fiertură de măceş, sucuri de fructe şi legume, enpite).

Peste 3—5 zile după hemoragie alimentaţia parienterală se întrerupe şi începe alimentaţia enterală. În timpul zilei bolnavului i se propune frişcă, unt, supe mucoase reci, jeleu, înghetată. Ulterior copiilor li se recomandă fracţionar dieta

la (1/3 din volumul ei cu mărirea ulterioară a cantității hranei). În lipsa simptomelor de reîncepere a hemoragiei se efectuează trecerea la dieta № 1b și 1. Dieta trebuie să fie ameliorată cu vitaminele K și C.

Alimentația la gastrite și duodenite. Gastrita acută. Alimentația dietetică la gastrita acută prevede în primele ore și zile ale bolii cruțarea maximală mecanică, chimică și termică a mucoasei stomacului. Copilului timp de 6—12 ore de la începutul bolii li se recomandă dieta hidrică (ceai cu lămîie, fiertură de măceș, soluție de glucoză de 5% combinate cu soluție fiziologică sau soluție Ringher în raport de 1:1, rehidron, oralit ș. a.). Băutura se dă în porții mici la interval de 1—2 ore, avînd temperatura camerei. Calculul cantității necesare de lichid pentru copii depinde de vîrsta copilului și mai ales de pierderea masei corpului.

La gradul 1 de dehidratare (mai puțin de 5%) lichidul se introduce enteral cîte 40—50 ml/kg. La pierderea considerabilă (10% și mai mult), lichidul se introduce intravenos pînă la restabilirea diurezei, cîte 100—120 ml/kg, apoi se trece la rehidratarea peroral ă.

Peste 12 ore copilul începe «dieta de trecere». Rația zilnică aproximativă de produse a acestei diete pentru copiii de vîrstă școlară e următoarea: 0,3—0,5 ceai, 10—20 g crupe pentru fierturi, 20 g de fructe uscate pentru pregătirea compoturilor, 75—100 g de zahăr, 100 g de fructe și pomușoare proaspete (sucuri și pireuri), 800—1500 ml de lichid. Astfel copilul primește fierturi din crupe, legume, pomușoare, sucuri de fructe și pomușoare, ceai dulce, compot. Mesele se iau peste 2—3 ore.

În ziua a doua se recomandă o hrană lichidă: bulion neconcentrat, supe mucoase de orez și ovăz trecute prin sită, terciuri lichide, jeleu. În următoarele zile dieta e mai variată. În rația alimentară se introduc bucate din carne și pește (sufleu, budincă, chifteluțe), terciuri și pireuri de legume mai dense, produse acidolactice, pesmeți albi, biscuiți uscați. Apoi bolnavul trece la dietă № 1. Timp de 2—3 săptămîni e de dorit să nu se consume pîine proaspătă și alte produse proaspete din aluat, salamuri, conserve, mirodenii, marinate, bucate grase, murături, carne și pește prăjit, hrană bogată în celuloză.

La gastritele acute alergice din dieta bolnavului se exclud pentru 7—10 zile alergenii alimentari (ouăle, citrușii, peștele, nucile, ciocolata, mierea și a.).

Gastrita cronică și gastroduodenita. Terapia dietetică a gastritei cronice și gastroduodenitei depinde de perioada bolii,

Scanned with OKEN Scanner

caracterul secreţiei gastrice şi de patologia asociată. In perioada acutizării bolii sistemului gastroduodenal se recomandă dieta strictă, care treptat devine mai variată în dependenţă de ameliorarea stării subiective a bolnavului. În perioada remisiei clinico-endoscopice alimentaţia e ca şi la copiii sănătoşi, se exclud doar bucatele afumate, marinatele, sorturile grase de carne şi peşte, bucatele iuţi, murăturile, mirodeniile, pîinea de secară, păstăioasele.

Alimentarea dietetică trebuie să contribuie la restabilirea balanţei dintre sistemele fermentative ale organismului şi structurile chimice ale hranei pe calea acomodării stării chimice şi fizice a substanţelor nutritive la particularităţile metabolice ale organismului.

Indicînd dieta bolnavului cu gastrită cronică şi gastroduodenită, în primul rînd e necesară înlăturarea acelor factori exogeni şi endogeni, care au condus la dezvoltarea patologiei date. Factorii exogeni ce provoacă deosebit de des bolile stomacului şi duodenului sînt: hrana luată la repezeală şi surplusul de alimente, dereglările ritmului alimentaţiei (flămînzirea îndelungată şi alimentaţia excesivă ulterioară, alimentaţia tîrzie şi abundentă); cantitatea mărită a nitraţilor în produsele de origine vegetală (suplimentul 12), excesul de hrană simplă, iute, fierturi grase concentrate de carne, peşte şi ciuperci, marinate, hrană prea rece sau prea fierbinte, alimentaţie incomplexă, unilaterală, mai ales săracă în proteine şi vitamine.

E necesar să menţionăm importanţa procesului mestecării. Mestecarea minuţioasă a hranei contribuie la mărunţirea, la umezirea şi la îmbibarea ei cu salivă, şi ea nu acţionează traumatizant asupra mucoasei stomacului şi duodenului.

Trebuie să se ştie că terapia dietetică pentru orice forme de gastrită cronică şi gastroduodenită trebuie să asigure pătrunderea suficientă în organism a proteinelor, grăsimilor, glucidelor, vitaminelor şi substanţelor minerale. La întocmirea raţiei alimentare e necesar să se ia în considerare starea funcţiei secreto-, acido- şi fermentopoietice a stomacului. Deci alimentaţia dietetică trebuie să asigure necesităţile organismului bolnav cu substanţe nutritive, dar să se ţină, concomitent, la evidenţă starea proceselor metabolice a sistemelor funcţionale.

Terapia dietetică a gastritei cronice şi gastroduodenitei cu secreţie păstrată şi măruntă. Alimentaţia în acest caz ca şi la ulcerul stomacului şi al duodenului e prevăzută de dietele № 1a, 1b, 1.

Scanned with OKEN Scanner

Terapia dietetică a gastritei cronice cu insuficiență de secreție. În cazul gastritei cronice cu funcția secretoare scăzută, terapia dietetică are la bază același principiu: cruțarea mecanică, termică, frînarea procesului inflamator în mucoasă și stimularea aparatului ei glandular cu excitanți nutritivi chimici. Hrana în cazul acestei patologii trebuie să fie complexă, diversă, balanțată în ce privește ingredienții nutritivi.

Amintim că insuficiența proteinelor conduce la micșorarea sintezei fermenților, hormonilor și a altor substanțe active, necesare organismului la scăderea bruscă a proceselor de restabilire a mucoasei lezate a stomacului, la restabilirea mai lentă a funcției unei serii de organe (ficatului, pancreasului, intestinului), antrenate în procesul patologic. De aceea e necesar ca dieta să fie ameliorată cu proteine astfel încît să fie mai prielnică.

Pentru că carnea slabă se digeră și este suportată mai ușor de către majoritatea bolnavilor decît cea grasă, e mai bine ca în cazul secreției scăzute a sucului gastric să se consume carne slabă. Bolnavilor se recomandă acele sorturi de carne care conțin mai puțin țesut conjunctiv (carne de iepure, de vită tînără, de găină), deoarece ea are nevoie de suc gastric pentru a fi muiată. Pentru afînarea țesuturilor conjunctive și a digestiei carnea trebuie fiartă și prăjită.

Rația poate fi ameliorată cu proteine, consumîndu-se sorturi slabe de pește, ouă, lapte și produse lactate. Dacă se observă o intoleranță a organismului pentru lapte (meteorism, diaree, rîgîială), atunci el trebuie substituit cu produse acidolactice sau să fie folosit în prepararea bucatelor.

În hrana acestei grupe de bolnavi se folosesc amestecuri lactate dietetice pentru alimentația enterală (enpite). Amestecurile lactate-enpitele (proteic, grăsos) se folosesc pentru ameliorarea bucatelor cu proteine, grăsimi, glucide, vitamine, fier. Sursele principale de proteine vegetale în dieta bolnavilor cu patologie gastroduodenală le constituie diferite crupe, în afară de crupele de mei. Ultima nu se folosește pentru că conține o mare cantitate de celuloză și membrane celulare.

În ultimul timp se întrebuințează cu succes la bolile tractului gastrointestinal făină pentru alimentația copiilor și alimentația dietetică (din crupe de ovăz, hrișcă, orez), ameliorată cu vitaminele din grupa B care conține toți aminoacizii indispensabili.

La insuficiența secretorică a stomacului bolnavii trebuie să primească în prealabil grăsimi lactate și vegetale. Grăsimea emulgată (untul și uleiul vegetal, frișca, smîn-

Scanned with OKEN Scanner

tîna, brînza) sînt suportate mai ușor de către bolnavi. Ele constituie o sursă de fosfolipide ce ameliorează procesele biochimice în scoarța cerebrală și acționează asupra verigii nervoase a patogenezei patologiei gastroduodenale. Vitaminele solubile ce se conțin în grăsimi contribuie la accelerarea proceselor de regenerare a mucoasei stomacului și duodenului. Grăsimile vegetale acționează prielnic asupra formării țesuturilor noi, asupra funcției intestinului și contribuie la o eliberare mai bună a vezicii biliare. Deci, dacă rația este ameliorată cu grăsimi, se lichidează cauzele apariției bolilor asociate ale acestor organe.

Subliniind importanța glucidelor în alimentația dietetică a bolnavilor cu gastrită cronică, însoțită de o insuficiență secretoare, e necesar să menționăm că ele ameliorează mecanismele de regenerare a funcției motorice a intestinului, contribuie la eliberarea vezicii biliare.

Sursele principale de glucide la terapia dietetică a gastritei cronice cu insuficiența secretoare trebuie să devină diverse crupe (în afară de crupele de mei) și legume. Legumele au o proprietate minunată: măresc considerabil secreția sucurilor gastrice și activitatea lor fermentativă.

Legumele și fructele însă trebuie să fie acelea care conțin o cantitate mai mică de celuloză și membrane celulare (mere, morcovi, cartofi, conopidă, dovlecei, bostan, sfeclă). Surse de glucide pot fi pesmeții și biscuiții uscați.

În cazul funcției secretorice scăzute a stomacului în dietă se introduc produse și bucate, ce măresc secreția gastrică: carne, pește, bulionuri din ciuperci, fierturi concentrate de legume, sucuri și pireuri din legume și fructe, scrumbie, bucate prăjite, cafea sau ceai cu lapte, apă minerală gazoasă ș. a. Bolnavii consumă norma fiziologică de sare de bucătărie. Ea e necesară pentru formarea acidului clorhidric din sucul gastric.

Hrana bolnavilor ce suferă de această maladie trebuie să fie gustoasă și bine amestecată, poftа de mîncare e stimulată de mesele frumos aranjate și bucatele servite cu grijă.

Metoda terapiei dietetice a acestor bolnavi depinde de perioada bolii. Astfel, în perioada de acutizare, se recomandă dieta № 1 și variantele ei (1a și 1b), care-s identice cu cele recomandate la acutizarea ulcerului. În perioada de remisie bolnavul urmează dieta 2.

Existența bolilor asociate trebuie luată în considerare în tactica terapiei dietetice. Dacă gastrita cronică cu insuficiență secretorică e însoțită de patologia secreției biliare

Scanned with OKEN Scanner

sau a ficatului, atunci bolnavilor li se recomandă dietele 5a, 5.

Bolnavii ce suferă de gastrită cronică cu insuficienţă secretorică, cu pancreatită asociată urmează o dietă deosebit de cruţătoare: 5p.

Dieta 1a

Indicaţii. Ulcerul stomacului şi duodenului în perioada acutizării pronunţate, acutizarea gastritei cronice, a duodenitei şi gastroduodenitei, starea după hemoragie gastrointestinală (dieta № 10). Dieta № 1a se indică la gastrită (duodenită) pentru 1—3 zile, gastroduodenită — pentru 3—5 zile, la ulcer — pentru 7 zile.

Scopul indicaţiei. Cruţarea maximală a organului bolnav prin excluderea excitanţilor chimici, termici şi mecanici, micşorarea procesului inflamator şi cicatrizarea ulcerului.

Caracteristică generală. Valoarea calorică a raţiei e micşorată cu 10% din contul limitării glucidelor.

Prepararea culinară. Hrana se dă numai în stare lichidă. Toate bucatele trebuie să fie fierte sau pregătite la aburi.

Regimul alimentaţiei. Mîncarea se serveşte de 6—7 ori pe zi. Temperatura bucatelor — 30—40°C.

Produsele şi bucatele recomandate. Lapte (2—4 ori pe zi), fierturi din crupe şi sucuri de fructe, terciuri lichide, trecute prin sită cu adăugire de lapte şi frişcă, supe mucilaginoase din crupe cu adaos din amestec de lapte şi ouă, frişcă, lapte, unt, ouă moi, omlete pregătite la aburi, jeleuri din fructe dulci şi pomuşoare, sucuri dulci din fructe şi pomuşoare, dizolvate cu apă, adăugînd zahăr, decoct de măceş, miere.

Sînt interzise: pîinea şi produsele de panificaţie, sucurile, mirodeniile, pastele făinoase, fructele şi pomuşoarele acre, băuturile gazoase. Sarea de bucătărie e limitată pînă la 3—5 g pe zi. Asortimentul zilnic aproximativ de produse şi meniul № 1a sînt prezentate în suplimentul 6.

Dieta 1b

Indicaţii. Se recomandă la ulcerul stomacului şi duodenului, gastrită cronică, duodenită, gastroduodenită în perioada de acutizare. Durata dietei № 1b — 10—14 zile pentru toate formele de patologie gastroduodenală.

Scopul indicaţiei. A contribui la micşorarea procesului inflamator din regiunea superioară a tractului gastrointestinal, la reglarea funcţiilor secretoare, acidice, fermentopoietice şi motorice ale stomacului, la cicatrizarea ulcerului şi a eroziunilor.

Caracteristica generală. Această dietă se caracterizează

printr-un grad mai mic de cruţare. Dieta corespunde necesităţilor fiziologice ale copilului conform valorii calorice a raţiei şi conform ingredienţilor nutritivi principali.

Prepararea culinară. Hrana e lichidă, în formă de terci, fiartă sau pregătită la aburi, trecută prin sită.

Regimul alimentaţiei. Hrana se ia în porţii fracţionare de 5—6 ori pe zi. Temperatura bucatelor e de 30—40°C.

Produsele şi bucatele indicate. Pesmeţi albi, 50—70 g pe zi, legume şi fructe omogenizate (conserve pentru alimentaţia copiilor), lapte, frişcă, brînză trecută prin sită cu lapte şi zahăr, budincă din brînză pregătită la aburi, unt, koktail din enpit proteic, terciuri lactate trecute prin sită, supă lactată din crupe. Pîrjoale pregătite la aburi, perişoare, budincă, pireu din carne de vită, de pasăre, de curcă, de iepure, şalău, batog, hec, ouă moi, omlete pregătite la aburi, jeleuri din fructe şi pomuşoare dulci, sucuri dulci din fructe şi pomuşoare, fiertură de măceş.

Sînt interzise: pîinea proaspătă de grîu, fructele şi legumele crude, bucatele şi garniturile din păstăioase, pastele făinoase, sosurile, mirodeniile, băuturile acidolactice, ceaiul concentrat, cafeaua neagră, băuturile gazoase.

Sarea e limitată: 5—6 g pe zi.

Dieta № 1

Indicaţii. Se recomandă în caz de ulcer stomacal şi duodenal, gastrite cronice, duodenite, gastroduodenite în perioada de remisie. Dieta № 1 e împărţită în variante: trecută prin sită şi netocată. Varianta tocată se recomandă copilului pentru 3—4 săptămîni, apoi poate fi substituită cu varianta netocată. Varianta tocată a dietei № 1 se indică copiilor ce suferă de gastrită, duodenită pentru 6 luni, gastroduodenită — pentru 12 luni, iar celor cu ulcer — 2—3 ani. **Scopul indicaţiei.** A contribui la micşorarea ulterioară a procesului inflamator şi la reglarea funcţiei secretoare, acidice, fermentative şi motorice a stomacului.

Caracteristică generală. Se caracterizează printr-un grad moderat de cruţare. Valoarea calorică a raţiei zilnice se măreşte pe contul măririi cantităţii de proteine de origine animală şi grăsimi cu 10—15% în raport cu norma fiziologică. Mărirea cantităţii de proteine în alimentaţia copilului asigură condiţii optimale pentru lichidarea mai rapidă a defectului ulceros. Ameliorarea dietei cu grăsime vegetală sporeşte conţinutul în raţie a acizilor graşi seminesaturaţi, care stimulează evoluţia procesului reparativ şi asigură necesitatea crescîndă de energie. Uleiul vegetal măreşte şi

Scanned with OKEN Scanner

funcţia de evacuare a intestinului, lucru foarte important, atunci cînd copilul suferă de constipaţii.

Prepararea culinară: pregătirea la aburi, fierberea pînă la înmuiere, trecerea prin sită sau tocarea.

Regimul alimentar. Numărul alimentaţiilor e de 5 ori pe zi. Temperatura bucatelor — 30—40°C.

Produse şi bucate recomandate pentru varianta cu bucate tocate a dietei № 1. Lapte, brînză slabă, smîntînă, unt şi ulei vegetal, supe lactate din crupe, trecute prin sită, cu paste făinoase mărunţite, supe de legume trecute prin sită cu unt sau ulei vegetal, terciuri lactate trecute prin sită, pireu de legume, budinci din legume trecute prin sită fără coajă; sufleu din carne, peşte, perişoare, fructe şi pomuşoare în formă de pireu preparate termic, compoturi, sucuri, pîine de grîu veche, biscuiţi uscaţi; ouă moi, omlete pregătite la aburi, ouă în bucate. Sare: 8—10 g pe zi.

Bucatele recomandate pentru varianta cu bucate netocate a dietei № 1 sînt aceleaşi, dar se permite folosirea cărnii în formă naturală (în bucăţi) după fierbere; terciurile, supele, legumele se dau netocate.

Sînt interzise: bulionurile de carne, peştele şi ciupercile, bucatele prăjite, marinatele, bucatele afumate, mirodeniile, pîinea neagră, produsele din aluat de cozonac, păstăioasele, ridichea, copturile, îngheţata, băuturile gazoase, cafeaua.

Asortimentul aproximativ din produse şi meniul sînt prezentate în suplimentul № 7.

Dieta № 2

Indicaţii. Se recomandă pentru bolnavii ce suferă de gastrite cronice şi gastroduodenite cu funcţia acido- şi secretopoietică scăzută în perioada de remisie.

Scopul indicaţiei. Normalizarea funcţiei secretoare, acidice, fermentative şi motoro-evacuatoare a stomacului, stimularea activităţii fermentative a pancreasului, sporirea activităţii funcţionale a altor organe ale sistemului digestiv.

Caracteristică generală. Dieta fiziologică e complexă, mecanic cruţătoare, bogată în substanţe extractive.

Prepararea culinară. Fierberea, pregătirea la aburi, prăjirea uşoară şi coacerea.

Regimul alimentar. Hrana se ia de 5 ori pe zi.

Produsele şi bucatele recomandate. Pîinea de grîu veche, biscuiţi şi copturi uscate. Bulionuri de carne şi peşte, supe degresate din bulion de carne şi peşte cu legume trecute prin sită, crupe (cu excepţia crupelor de mei). Peştele şi carnea tăiate (fierte, pregătite la aburi, coapte şi prăjite).

Scanned with OKEN Scanner

Legume cu excepţia ridichiei fierte, coapte. Terciuri din crupe (cu excepţia crupelor de mei) bine fierte, netrecute prin sită cu adaos de lapte, unt, paste făinoase fierte, ouă moi, omlete, ouă în bucate, brînză proaspătă naturală, budinci; produse acidolactice: chefir, lapte acru, biolact, acidofilin. Compoturi, jeleuri, sucuri, băuturi — ceai cu lapte, fiertură de măceş. Dulciuri: marmeladă, zefir. Sare — 10—12 g pe zi.

Sînt interzise: bucatele iuţi, murăturile, marinatele, pîinea de secară, bucatele afumate, carnea şi peştele grase, produsele din aluat de cozonac, fructele şi legumele crude, păstăioasele.

Asortimentul zilnic aproximativ al dietei № 2 e prezentat în suplimentul № 8.

Alimentaţia dietetică în cazul bolilor de ficat, vezicii şi căilor biliare. Ficatul efectuează numeroase funcţii, cele mai importante fiind funcţiile hemeostatică, metabolică, excretoare, de barieră şi deponantă.

Terapia dietetică în cazul bolilor de ficat şi ale vezicii biliare are scopul de a restabili procesele metabolice dereglate şi structura ficatului, crearea condiţiilor favorabile pentru activitatea funcţională, ameliorarea proceselor digestive, inclusiv a proceselor de excreţie a fierei, normalizarea stării funcţionale a altor organe digestive, care deseori sînt antrenate în procesul patologic.

Ficatul joacă un rol important în procesele metabolice. În celulele şi ţesuturile ficatului se sintetizează toate albuminele sîngelui, aproape 75—90½ α-globulinele, 50% — globulinele, protrombina, fibrinogena, proconvertina, proaccelerina, gaptoglobulina, transferina, ceruloplasmina, glicoproteidele, lipoproteidele ş. a.

Ficatul sintetizează şi descompune acizii nucleici, transformîndu-i în acid uric. Reglarea metabolismului aminoacizilor în organism e asigurată de procesele de transaminare şi dezaminare a aminoacizilor în ficat.

Pentru tratarea leziunilor acute şi cronice ale parenchimului ficatului, raţia alimentară trebuie să conţină o cantitate suficientă de proteine. Deficitul proteinelor în alimentaţie conduce la dezvoltarea infiltrării grăsoase, necrozei şi cirozei ficatului. Proteinele de origine animală trebuie să constituie 50—70% din cantitatea totală de proteine.

Proteinele de origine animală au o valoare biologică înaltă. Ele sînt bogate în aminoacizi indispensabili balanţaţi şi în factori lipotrofici (lecitină, colină, metionină), ce sînt capabili să preîntîmpine infiltrarea grăsoasă a ficatului.

Pentru ameliorarea raţiei cu proteine poate fi folosit enpitul proteic. În cazul insuficienţei renale grave, proteinele sînt limitate.

Conţinutul grăsimilor pentru majoritatea bolnavilor, ce suferă de bolile sistemului hepatobiliar, trebuie să corespundă necesităţilor zilnice ale organismului (80—100 g). Grăsimile conţin vitamine solubile în grăsimi, posedă calităţi gustative bune. Dintre grăsimile de origine animală în cazul bolilor de ficat şi ale căilor de excreţie biliară se recomandă untul. Grăsimile cu grad mic de topire (de porc, de vită, de oaie), produsele bogate în colesterină (creier, inimă, ficat, rinichi) şi hrana prăjită se exclud din raţia acestor bolnavi.

Uleiurile vegetale (de porumb, de floarea-soarelui, de măsline, soia, bumbac) conţin o cantitate considerabilă de acizi graşi seminesaturaţi (linolenic, linolic, arahidonic), sînt bogate în fosfatide şi în vitaminele A, E, K. Aceşti acizi posedă resurse energetice considerabile, sînt componenţi ai membranelor celulare, ai protoplasmei, mitocondriilor, fac parte din componenţa unei serii de fermenţi, activează metabolismul colesterinei, posedă acţiune lipotropică şi asigură transportul lipidelor. La prăjire, acizii graşi nesaturaţi (arahidonic, linolic, linolenic) se restabilesc, iar apoi acţiunea lor lipotropică slăbeşte.

Dintre acizii graşi nesaturaţi se sintetizează substanţe biologic active — prostoglandine. Ele sînt reglori ai multor produse fiziologice, ce au loc la nivel celular. Astfel, asupra tractului gastrointestinal prostoglandinele E şi A acţionează în felul următor: micşorează secreţia acidului clorhidric şi pepsinei, schimbă funcţia motorică a intestinului. Totodată uleiurile vegetale posedă un efect bactericid şi holegog, ameliorează calităţile gustative ale bucatelor. Cantitatea grăsimilor în dietă e limitată în cazul sindromului dispeptic pronunţat şi la steatoree.

Ficatul participă activ la metabolismul glucidelor. In el are loc sinteza şi descompunerea glicogenei, se formează zahărul şi glicogenul din neglucide (gliconeogeneza). Pentru formarea mai bună a glicogenului se recomandă ca bolnavul să consume fructoză şi levuloză în formă de sucuri şi pireuri din fructe şi legume.

Conţinutul mediu de glucide în raţia zilnică a copilului cu boli de ficat şi ale căilor biliare trebuie să alcătuiască 300—400 g.

Existenţa zahărului în dietă este o condiţie necesară pentru formarea în ficat a acizilor pari sulfurici şi glucuronic, necesari pentru asigurarea funcţiei de detoxicare a

Scanned with OKEN Scanner

ficatului. Surplusul de zahăr în raţie conduce la dezvoltarea hipercolesterinemiei ce este cauzată de dereglarea funcţiei de excreţie biliară, la prevalarea proceselor de excitaţie în scoarţa cerebrală şi la fenomene de distonie vegetativă.

În cazul leziunii ficatului deseori sînt atestate fenomene de hipovitaminoză, provocate de alimentaţia incomplexă, dereglarea funcţiilor metabolice ale ficatului precum şi de insuficienţa pătrunderii fierii în intestine, ulterior suferă asimilarea vitaminelor solubile în grăsimi.

Vitaminele acţionează prielnic asupra capacităţii funcţionale a ficatului. Astfel, vitaminele A, P, C contribuie la acumularea glicogenului în ficat, vitaminele C, B_2, B_6, B_{12}, PP, C normalizează funcţia antitoxică a ficatului; vitaminele B_1 şi PP reglează metabolismul glucidelor şi pigmenţilor.

Folosirea vitaminelor acţionează prielnic asupra evoluţiei proceselor inflamatorii asupra reacţiei imunologice şi stării funcţionale a sistemului nervos. În cantitate suficientă vitaminele se introduc sub formă de legume, fructe, sucuri şi pireuri de fructe, fierturi de ovăz şi tărîţe, băuturi din drojdii. În cazul bolilor grave ale ficatului e indicată introducerea suplimentară intern sau parenteral a preparatelor vitaminice.

Alimentaţia la bolile vezicii şi a căilor biliare. Bolile căilor biliare se întîlnesc des la copii, deosebit de des ele se înregistrează la copiii de vîrstă şcolară. Acestea se manifestă în formă de dischinezii (în rezultatul dereglării funcţiei aparatului neuromotoric) şi mai rar, au o origine inflamatoare. În procesul patologic este antrenat tot sistemul de excreţie biliară (colecisto-colangită).

Boala, de obicei, începe treptat şi se desfăşoară mult timp cu acutizări periodice, cauza cărora sînt de cele mai multe ori încălcările în alimentaţie (folosirea hranei grase şi iuţi, băuturile gazoase şi reci ş. a.), bolile infecţioase acute, supraîncărcările fizice şi psihice.

În terapia bolnavilor cu colecistite acute, colangite, colecisto-colangite şi în perioada acutizării colecisto-colangitei cronice o importanţă mare se acordă terapiei dietetice şi regimului alimentar. În cazul existenţei sindromului de durere şi dispeptic pronunţat se recomandă o alimentaţie cu limitarea sării de bucătărie şi micşorarea valorii calorice cu 10—15% faţă de normativele de vîrstă.

Un efect terapeutic favorabil îl au zilele de cruţare (de

zahăr şi fructe sau de orez şi compot). Se recomandă consumul a 5 g de zahăr la 1 kg de greutate a copilului şi a 300—500 g de fructe dulci în dependenţă de vîrstă. În zilele de cruţare cu orez şi compot, copilul mănîncă de 5—6 ori pe zi şi bea cîte un pahar de compot dulce; de 2 ori — terci dulce de orez, fiert în apă. Apoi, 1—2 zile copilul mănîncă bucate lichide, semilichide şi pireuri ce constituie nu mai mult de 1/3 din norma vîrstnicilor şi consumă suficient lichid (ceai, compoturi, jeleu, sucuri dizolvate din fructe).

Pe măsura ameliorării stării bolnavului, volumul alimentaţiei se măreşte treptat pînă la 1/2, 2/3 din normă, peste 4—5 zile cantitatea hranei poate atinge volumul corespunzător normei vîrstnice a copilului. Copilul din ziua 4—5 poate urma dieta № 5a.

Dieta e complexă şi include consumul moderat al grăsimilor şi sării de bucătărie. Bucatele se fierb sau se trec prin sită. În meniu e mărit conţinutul lichidului: terciuri semilactate pe bază de apă, sucuri din fructe şi pomuşoare pe jumătate cu apă fierbinte. Dieta pentru copiii cu colecistită cronică trebuie să fie uşor asimilabilă, fiziologică, să conţină toate substanţele necesare pentru activitatea vitală a organismului în cantităţi suficiente. Bolnavul cu colecistită cronică, în afara perioadei de acutizare, urmează dieta № 5 (vezi pag. 121—122).

Raportul dintre proteine, grăsimi şi glucide trebuie să alcătuiască 1:1:4. Cantitatea normală de proteine e asigurată de produsele lactate, carne, peşte, ouă. Laptele se foloseşte în supe, terciuri, băuturi acidolactice (chefir, biolact, acidofilină, lapte acru). Un produs foarte valoros e brînza, ce conţine hormonul lipotropic — colina. Carnea şi peştele se consumă după fierbere, se pregătesc la aburi sau se coc după fierbere, deoarece substanţele extractive acţionează nefavorabil asupra sistemului vegetativ şi sistemului nervos central, sporesc retenţia lichidului şi conduc la spasmul căilor de excreţie biliară.

Dintre produsele cărnoase se dă preferinţă cărnii de găină, de iepure, de curcă şi de vită. Dintre peşti, se recomandă peştele slab de rîu — şalău, batog, scrumbie. Ouăle se recomandă copiilor în limita normei prevăzute pentru vîrstnici în legătură cu faptul că la copiii ce suferă de bolile căilor biliare nu se manifestă schimbări în metabolismul colesterinei şi ele conţin o substanţă valoroasă pentru organism — lecitina, ce contribuie la evacuarea grăsimii din ficat şi intestin.

Scanned with OKEN Scanner

În alimentaţie se introduc numai grăsimile uşor asimilabile: 2/3 — unt şi 1/3 — ulei vegetal.

Glucidele trebuie date şi ele într-o formă uşor asimilabilă. Din crupe (de ovăz, de hrişcă, de orez, de griş) şi paste făinoase se pregătesc supe, terciuri, budinci. Din produsele glucidice se folosesc cartofii şi sorturile fine de legume (morcovul, bostanul, conopida, tomatele ş. a.) fierte. Pîinea trebuie să fie uscată.

Pentru ameliorarea dietei cu vitamine se folosesc sucuri de legume, fructe şi pomuşoare (cu excluderea sorturilor acre), ce contribuie la ameliorarea funcţiei biligenetice, de secreţie a sucului altor glande digestive şi la lichidarea constipaţiilor.

În cazul colecistitelor cronice cu o insuficientă a evacuării vezicii biliare, a formelor hipocinetice, hipotonice a dischineziei, vezicii biliare pentru stimularea secreţiei biliare se recomandă o dietă specială, ameliorată cu celuloză vegetală, uleiuri vegetale (1/2 din cantitatea totală), cu vitamine şi săruri de magneziu. Ultimele posedă capacitatea de slăbire a spasmului muşchilor viscerali, micşorează excitabilitatea şi stimulează funcţia motorică a vezicii biliare şi a intestinului gros. Sursele principale de magneziu le constituie pîinea şi produsele de cofetărie, tărîţa de grîu, fiertura din tărîţe, crupa de hrişcă, mei, ovăz «Hercules», morcov, cartofi, caise, vişine.

La colecistitele ce se desfăşoară cu diaree, legumele şi fructele se consumă în formă de sucuri, fiind dizolvate pe jumătate cu apă şi sare, sînt trecute prin sită. Se dă preferinţă în aceste cazuri sucurilor ce conţin substanţe tanante (coarne, rodii, afine, gutui ş. a.).

Dieta pentru colecistitele cronice se recomandă în medie pentru un an. Termenele de alimentaţie dietetică în fiecare caz sînt individuale şi depind de frecvenţa recidivelor în patologia asociată. Lipsa manifestărilor clinice a bolii timp de 6—12 luni permite lărgirea treptată a dietei.

Alimentaţia în caz de hepatită cronică şi de ciroză a ficatului. La întocmirea raţiei alimentare pentru copiii care suferă de hepatite cronice şi ciroză a ficatului mai întîi de toate e necesar a se lua în considerare activitatea procesului, gradul de compensare, manifestarea unor sindroame şi existenţa sau lipsa patologiei asociate a tractului gastrointestinal.

Tratarea complexă a formelor neactive, compensate a hepatitei cronice şi a cirozei ficatului în lipsa leziunilor altor organe digestive prevede dieta complexă, ce conţine o can-

Scanned with OKEN Scanner

titate fiziologică normală de proteine, grăsimi şi glucide. Cel mai prielnic este raportul 2/3 de grăsimi de origine animală şi 1/3 de grăsimi de origine vegetală, ce conţin acizi graşi seminesaturaţi, care posedă proprietăţi coleretice, colecinetice şi lipotropice, ameliorează funcţia motorică a intestinului. Valoarea calorică totală a dietei trebuie să corespundă normelor pentru vîrstnici (dieta № 5).

În perioada activă a hepatiei cronice şi cirozei ficatului e necesar timp de 2—3 luni să se mărească cantitatea de proteine cu 15% (din contul folosirii suplimentare a brînzei, cărnii fierte, peştelui, enpitului proteic). Proteinele complexe de origine animală măresc imunitatea, stimulează funcţia proteicopoietică a ficatului şi posedă calităţi lipotropice înalte.

Folosirea preparatelor glicocorticosteroide în terapia perioadei active a hepatitei cronice şi cirozei ficatului în legătură cu acţiunea lor catabolică prevede mărirea proteinelor în dietă cu 30—50% faţă de norma pentru vîrstnici. La micşorarea dozei de steroide cantitatea proteinelor în dietă se micşorează treptat pînă la cantitatea iniţială, adică depăşeşte cu 10—15% necesităţile fiziologice.

Pentru a preîntîmpina dereglările electrolitice în perioada tratării cu glucocorticoide, care acţionează asupra eliminării kaliului cu urina, se recomandă produse ce conţin kaliu (caise uscate, prune uscate, cartofi copţi, stafide, varză).

În cazul formei colestatice a bolii este limitat consumul grăsimilor cu 1/3—1/2 din norma fiziologică. Consumul sării de bucătărie este limitat: 4—5 g pe zi.

În dieta folosită la tratarea sindromului edematico-ascitic e limitat lichidul. Bucatele se prepară fără sare. Se recomandă produse bogate în kaliu, deoarece el se elimină din organism în rezultatul diurezei intensificate.

În cazul acutizării hepatitei cronice şi a cirozei ficatului cu sindrom de durere pronunţată şi sindrom dispeptic, în cazul bolilor asociate ale tractului gastrointestinal, se recomandă pentru 4—5 zile dieta № 5a, care prevede micşorarea volumului hranei pînă la 1/3 din norma de vîrstă şi valorii calorice cu 15—20%, micşorîndu-se cantitatea de grăsimi, proteine şi mărindu-se cantitatea de glucide în cazul asigurării suficiente a organismului cu lichid. Hrana e alcătuită din bucate lichide, semilichide şi pireuri. Pe măsura scăderii acutizării volumul alimentaţiei se măreşte treptat pînă la normă şi bolnavii trec la dieta № 5 (vezi pag. 121—122).

La tratarea insuficienţei hepatice cronice, pentru preîntîmpinarea comei e limitată cantitatea proteinelor în raţie.

Scanned with OKEN Scanner

Acest lucru contribuie la micşorarea intoxicaţiei cu amoniac, ceea ce cauzează apariţia comei hepatice.

Bolnavilor li se indică zile de cruţare: copiilor de vîrstă şcolară—de zahăr şi fructe (fructe—50 g/kg, zahăr—5—10 g la 1 kg de greutate pe zi), copiilor de vîrstă antepreşcolară — dieta hidrică cu o dozare ulterioară a alimentaţiei.

În cazul comei hepatice proteinele de origine animală se exclud complet din dietă şi copiii trec la hrană vegetală. Sînt indicate sucuri de fructe şi pomuşoare, compoturi, jeleuri, ceai. Bolnavilor li se administrează infuzii de glucoză, soluţia Ringer, soluţie izotonică de clorură de sodiu, vitamine, hemodez, neocompensan. În perioada ieşirii din comă în dietă se introduc foarte atent proteine pînă la norma fiziologică.

Dieta № 5a

Scopul indicaţiei. Ea e menită să contribuie la normalizarea stării funcţionale a ficatului, căilor biliare şi a altor organe ale tractului gastrointestinal, antrenate în procesul patologic (stomacul, intestinele, pancreasul).

Caracteristică generală. Dieta e complexă şi conţine suficiente proteine, glucide, dar prevede limitarea consumului de grăsimi şi a sării de bucătărie.

Prepararea culinară. Toate bucatele se fierb sau se pregătesc la aburi, se trec prin sită. Temperatura bucatelor în momentul consumului — 40—50°C. Numărul alimentaţiilor — 5—6 ori pe zi.

Produsele şi bucatele recomandate: pîine de grîu, pesmeţi, lapte, produse acidolactice (chefir, lapte acru, biolact, lapte acidofilic), frişcă, smîntînă, unt. Supe de legume, de crupe, lactate cu unt. Sorturi slabe de carne şi peşte fierte sau pregătite la aburi (sufleu, pireu, pîrjoale, chifteluţe). Bucate din ouă: omlete proteice pregătite la aburi, bezeuri, gălbenuşul se adăugă în bucate. Terciurile trecute prin sită cu lapte din crupe de orez, hrişcă, hercules şi crupe de ovăz. Fructele şi pomuşoarele proaspete, moi, dulci, crude, coapte, fierte, trecute prin sită, compot, jeleu, fructe uscate mărunţite. Dulciuri — zahăr, dulceaţă, miere, marmeladă. Băuturi— sucuri din fructe, pomuşoare, legume, ceai, fiertură de măceş, ceai cu lapte. Uleiuri vegetale — în bucate.

Sînt interzise: aluatul din cozonac, pîinea proaspătă şi de secară, sorturile grase de carne şi peşte (carne de oaie, de porc, de gîscă, raţă, nisetru, păstrugă, somn), bucate prăjite, afumate, conservele, rinichii, ficatul, creierul, salamurile, meiul, terciul de arpacaş, bulionurile

de carne, peştele, ciupercile, ceapa, usturoiul, ridichea, varza, măcrişul, salata. Fructele acre şi bogate în celuloză, cafeaua, cacaua, ciocolata, băuturile reci şi gazoase, îngheţata.

Dieta № 5

Scopul indicaţiei. Ea are un efect antiinflamator şi holegog, cruţă porţiunile superioare ale tractului digestiv, fiindcă prezintă concomitent şi patologia gastroduodenală asociată.

Caracteristica generală. Valoarea calorică a raţiei şi conţinutul substanţelor nutritive principale corespunde necesităţilor fiziologice de vîrstă. Conţinutul sării în dietă —8—10 g.

Prepararea culinară. Bucatele se fierb sau se pregătesc la aburi. Bucatele din carne şi peşte pot fi coapte după fierbere. Hrana nu se fărîmiţează.

Produsele şi bucatele recomandate: pîinea şi produsele de panificaţie uscate, carnea şi peştele fierte pregătite la aburi sau coapte după fierbere (perişoare, sufleu, pireu, tocană de carne, pîrjoale, chifteluţe, ruladă de carne), sarmale de orez cu carne fiartă, carne înăbuşită cu legume (neprăjite), orez cu fructe. Supe vegetariene din cartofi, din legume, ciorbă, borş. Supe lactate cu crupe sau fidea, supe lactate cu legume, uneori cu fructe şi crupe. Sosuri din smîntînă, lapte, fructe, legume. Produse acidolactice (smîntîna — numai în calitate de condiment), unele sorturi de brînză, paste făinoase cu brînză. Untul şi uleiul vegetal se adaugă numai în bucatele gata. Terciuri bine fierte, brînză cu lapte şi zahăr, sufleu, brînzoaice, colţunaşi, budinci. Ouă moi, omlete, scrumbie şi pateu din ea, salate din legume, vinegretă, salată din fructe şi legume, pireu din fructe şi pomuşoare, chiseluri şi compoturi din fructe proaspete, congelate şi uscate, jeleuri, băutură din măceş, sucuri din fructe şi pomuşoare. Dintre dulciuri se recomandă marmelada, caramela din fructe, dulceaţa, mierea, biscuiţii.

Sînt interzise: grăsimile cu grad mic de topire — de porc, de oaie, de vită, gîscă; produsele şi bucatele ce conţin substanţe extractive şi uleiuri eterice (supe de carne, peşte, ciuperci, sosuri, conserve, produse afumate, ardei, muştar, hrean, ceapă, usturoi, măcriş, spanac, ridiche, produse de cofetărie cu cremă, aluat din cozonac, cacao, ciocolată, cafea, pîine de secară, mazăre, păstăioase ce conţin celuloză greu asimilabilă şi conduc la meteorism; bucate şi băuturi reci (îngheţată, apă gazoasă) care pot provoca spasmul sfincterului veziculei, căilor biliare şi intestinului şi pot deveni cauză a acutizării bolilor; legume marinate, bucate

Scanned with OKEN Scanner

prăjite, salamuri. Asortimentul şi meniul pentru 7 zile al dietei № 5 sînt prezentate în suplimentul № 9.

Alimentaţia dietetică în caz de pancreatite. Pancreasul are rol important în activitatea vitală a omului. El îndeplineşte următoarele funcţii principale: 1) exocrină (de secreţie externă), 2) endocrină (de secreţie internă), 3) funcţia de excreţie.

Funcţia de secreţie externă a pancreasului se realizează în excreţia sucului pancreatic, care participă la procesul digestiv. În sucul pancreatic se conţin: substanţe organice de origine proteică (fermenţi, albumine, globuline, substanţe mucilaginoase), electroliţi (natriu, kaliu, calciu, fosfor, clor) şi microelemente (cupru, zinc, mangan).

Reacţia alcalină a sucului pancreatic e condiţionată de prezenţa în el a restului de bicarbonat. În sucul glandei pancreatice se conţin fermenţi, ce descompun componentul proteic al hranei (tripsina, chimotripsina, eripsina, carboxipeptidaza, elastaza, ribo- şi dezoxiribonucleaza, colagenaza, calicreina ş. a.), fermentul care descompune grăsimile hrănei (lipaza) şi fermenţii ce descompun glucidele (amilaza, maltaza, lactaza, invertaza).

Tripsina, chimotripsina şi lipaza se produc în formă neactivă, care devin active în duoden, luînd forme ale fermenţilor corespunzători. Sinteza neactivă a fermenţilor digestivi permite preîntîmpinarea autolizei glandei pancreatice (în activitatea tripsinei şi chemotripsinei participă acidul clorhidric, enterocinaza şi pancreozimina). Lipaza se activizează cu acizii biliari. Amilaza e eliminată de glanda în stare activă.

Funcţia de secreţie externă a pancreasului e reglată de căile reflectorice — condiţionate şi neuroumorale. Ultima constă în faptul că acidul clorhidric activ al sucului gastric, intrînd în contact cu mucoasa duodenului şi cu porţiunile superioare ale intestinului subţire, conduce la formarea secretinei şi pancreaziminei, care stimulează pe cale umorală secreţia pancreatică. Secretina măreşte secreţia părţii lichide a sucului pancreatic şi a bicarbonaţilor. Pancreozimina stimulează formarea fermenţilor.

În procesul de sinteză şi secreţie a fermenţilor pancreatici un rol important le revine ionilor de calciu. Sporirea secreţiei fermenţilor întotdeauna e însoţită de mărirea conţinutului ionilor de calciu în suc.

Componenţa fermentativă a sucului pancreatic e adaptată la cantitatea şi calitatea hranei primite, la caracterul alimentaţiei şi tipul excitantului alimentar. Astfel, la insufici-

enţa proteică cronică, secreţia fermenţilor digestivi se micşorează, iar la sporirea ulterioară a conţinutului proteinelor în raţie se observă o sporire a activităţii fermenţilor din grupa proteolitică. O alimentaţie prealabilă cu glucide activizează fermenţii ce descompun glucidele, iar la o alimentaţie prealabilă cu grăsimi se elimină mai multă lipază.

Funcţia de secreţie internă a pancreasului constă în producerea insulinei, lipocainei şi a glucogonului. Insulina participă la reglarea metabolismului glucidic, glucogonul este un antagonist al insulinei, iar lipocaina preîntîmpină infiltrarea grăsoasă a pancreasului.

Funcţia excretoare constă în eliminarea urinei, acidului uric şi creatininei.

Un fenomen caracteristic al patogenezei pancreatitei acute este activizarea fermenţilor personali ai glandei pancreatice (tripsină, chemotripsină, elastază, lipază ş. a.) în condiţiile funcţiei sporite, eliberării stagnante a secretului pancreatic şi leziunea ulterioară fermentativă a ţesutului glandei în formă de edemaţie şi necroză.

Cunoaşterea proceselor de reglare a pancreasului şi a patogenezei pancreatitei e necesară pentru a interveni corect cu un ajutor terapeutic dietetic şi cu substanţele medicamentoase asupra mecanismelor ei.

Alimentaţia dietetică în cazul pancreatitei depinde de evoluţia bolii, de gravitatea stării şi de manifestarea sindromului de durere şi dispeptic.

La pancreatita acută sau la acutizarea pancreatitei cronice pentru bolnavii gravi cu sindromul de durere şi dispeptic pronunţat terapia dietetică e menită să intervină cu un repaus funcţional maximal al pancreasului, să cruţe funcţia mecanică şi chimică a sistemului digestiv. În acest scop la începutul procesului patologic se recomandă 1—2 zile de foame, apoi în timpul primei săptămîni de boală este respectată dieta individuală, iar din ziua a 7—8-a se trece la dieta № 5 «pancreatică», varianta pasat. Menţionăm că flămînzirea îndelungată şi mai ales insuficienţa alimentării proteice conduce la micşorarea regenerării ţesuturilor glandei pancreatice şi începe atrofia celulelor insulare, scade gradul de absorbţie în intestin.

În prima zi de repaus alimentar copilului bolnav i se recomandă apă minerală alcalină (Borjomi, Esentuchi № 4) caldă, fără gaze şi o alimentaţie parenterală (soluţii neconcentrate de glucoză şi preparate aminoacide, în ziua a 2-a — ceai neconcentrat, nedulce cu pesmeţi, terciuri trecute prin sită, fierte în apă, supe mucilaginoase (fără unt); în a 3-a zi — terci pasat, fiert în lapte, dizolvat pe

Scanned with OKEN Scanner

jumătate cu apă, supă mucilaginoasă, omletă proteică pregătită la aburi, ceai, pesmeţi; în a 4-a zi — terciuri pasate fierte cu lapte integru, supă mucoasă, brînză trecută prin sită cu lapte, ceai, pîine albă uscată, chisel lactat, în hrană se adaugă 10—15 g de unt. Din ziua a 5—6-a se permite consumul supelor de legume trecute prin sită şi a pireurilor de legume (de sfeclă, cartofi, morcovi). Din ziua a 7—8-a în dietă se introduce carne slabă, peşte în formă de perişoare, pîrjoale pregătite la aburi (dieta № 5 «pancreatică», varianta pasată).

Dieta № 5p (varianta pasată)

Caracteristică generală: dieta are o valoare calorică mică, conţine necesarul fiziologic de proteine (80 g), e limitată cantitatea de grăsimi pînă la 40—50 g şi a glucidelor solubile pînă la 200 g (miere, zahăr, dulceaţă).
Regimul alimentar: hrana se dă de 5—6 ori pe zi cu repartizarea uniformă a raţiei zilnice.
Prepararea culinară: hrana se fierbe, se pregăteşte la aburi şi e de consistenţă lichidă sau semilichidă.
Produsele şi bucatele recomandate: pesmeţi, supe mucilaginoase din crupe, preparate pe bază de apă sau fiertură neconcentrată de legume, sorturi slabe de carne şi peşte în formă de sufleu, pîrjoale pregătite la aburi, ouă moi, omlete, pastă de brînză, budinci din brînză, pregătite la aburi, lapte — numai în bucate, untul se adaugă în bucatele gata, pireu de legume, mere coapte, compoturi pasate din fructe proaspete şi uscate, jeleuri, chisel, ceai neconcentrat, fiertură de măceş, apă minerală alcalină.

Sînt interzise: bucatele cu efecte pronunţate excitosecretoare, coleretice şi colecinetice (bulionul de carne, peşte, ciuperci, fructe şi legumele crude, produsele prăjite, afumate, marinatele, produsele de cofetărie proaspăt coapte, ciocolata, cafeaua, îngheţata).

O asemenea dietă copilul o respectă 2 săptămîni, apoi încep a fi folosite sucuri de fructe şi legume, dizolvate cu apă (1:1), paste din brînză şi fructe, chisel de fructe. Peste 1—1,5 luni de la începutul bolii la o remisie stabilă copilul trece la o dietă mai largă «pancreatică» — dieta № 5p (varianta nepasată) — cu introducerea în alimentaţie a fructelor şi legumelor proaspete.

Dieta № 5p (varianta nepasată)

Caracteristica generală: valoarea calorică totală a dietei e suficientă (2500—2800 kcal). Ea prevede mărirea proteinelor cu 30%, micşorarea moderată a grăsimilor şi gluci-

delor cu 10—20%. Ameliorarea raţiei cu proteine sporeşte sinteza inhibitorilor tripsinei, ceea ce conduce la micşorarea sindromului de durere şi dispeptic şi la ameliorarea stării bolnavilor. Proteinele mai conţin şi substanţe lipotropice (metionina, colina), care preîntîmpină infiltrarea lipidică şi distrofia glandei pancreatice şi a ficatului. Sînt limitate grăsimile cu grad mic de topire, deoarece ele sînt stimulatori puternici ai secreţiei pancreatice şi se digeră rău. În scopul micşorării conţinutului în raţie de grăsimi şi măririi proteinelor se folosesc enpitul degresat şi proteic. Sînt limitate glucidele uşor asimilabile (mierea, zahărul, dulceaţa). Conţinutul mărit de glucide în alimentaţie provoacă fenomenul dispeptic şi chiar acutizarea bolii. În afară de asta, funcţia de secreţie internă a glandei pancreatice e antrenată şi ea în procesul patologic.

Regimul alimentaţiei: Se mănîncă de 5—6 ori pe zi, mîncarea e uniformă, în proporţii mici.

Prepararea culinară: Hrana se pregăteşte la aburi sau se fierbe.

Produsele şi bucatele recomandate: pesmeţi, pîine uscată, biscuiţi uscaţi, sorturi slabe de carne şi peşte fiert, supe din legume, lactate sau din crupe, terciurile din crupe, paste făinoase fierte în apă, chefir, brînză, smîntînă, frişcă, unt în bucate, pireu de legume, budincă de legume, ouă moi, omletă din albuş de ou, compoturi din fructe proaspete şi uscate, pomuşoare, chisel, jeleu, ceai, sucuri din fructe şi pomuşoare, fiertură de măceş.

Sînt interzise: păstăioasele, varza, măcrişul, spanacul, salata, ridichea, sorturile grase de carne şi peşte, bulionurile din carne, peşte, ciuperci; bucatele afumate, marinatele, murăturile, mirodeniile, produsele de cofetărie, ceaiul concentrat, cafeaua, cacaua, ciocolata, bucatele şi băuturile reci, băuturile gazoase, bucatele prăjite.

Dieta pancreatică № 5p (varianta nepasată) este urmată 5—6 luni după pancreatita acută şi acutizarea pancreatitei cronice. În lipsa acutizării copiii urmează dieta № 5.

Alimentaţia în cazul bolilor cronice intestinale. Alimentaţia dietetică la enterocolitele cronice. Procesele de digestie şi asimilare a substanţelor nutritive au loc în intestinul subţire. În intestinul gros are loc asimilarea apei, formarea conţinutului compact şi evacuarea lui din organism.

Digestia în intestin are loc datorită existenţei în partea consistentă, insolubilă a sucului intestinal al fermenţilor (enterocinaza, fosfataza alcalină, nucleaza, dipeptidazele, zaharaza ş. a.).

Scanned with OKEN Scanner

Deplasarea schimusului în direcţia distală a intestinului şi amestecarea lui are loc datorită diferitelor forme de contracţie a stratului muscular al intestinului (segmente ritmice, mişcări oscilante, contracţii peristaltice).

Pentru ca digestia să evolueze normal e nevoie ca intestinul să se adapteze la caracterul alimentaţiei. Astfel, la mărirea în hrană a cantităţii de zahăr are loc sporirea bruscă a secreţiei zaharazei, iar formarea altor fermenţi rămîne neschimbată, se schimbă şi producerea altor fermenţi (enterocinaza, fosfataza alcalină ş. a.).

Funcţia motorică a intestinului suferă şi ea schimbări în dependenţă de caracterul hranei. S-a stabilit că contractările puternice şi mărirea tonusului regiunilor proximale ale intestinului se manifestă după consumarea pîinii şi cărnii nemărunţite.

În rezultatul acţiunii diferiţilor factori etiologici (infecţioşi, virulenţi, parazitari, medicamentoşi, toxici, alimentari, alergici ş. a.) în mucoasa intestinului gros şi subţire se produc schimbări inflamatoare şi degenerative. Ultimele conduc la dereglări în digestia parietală şi cavitară, în absorbţia produselor alimentare şi în alte funcţii intestinale, în urma cărora se dereglează metabolismul proteinelor, grăsimilor, glucidelor şi substanţelor minerale.

Reieşind din cele spuse mai sus, tratamentul principal al bolnavilor de enterocolită cronică este alimentaţia dietetică corect organizată. Alimentaţia bolnavilor de enterocolită cronică trebuie să fie complexă, balanţată în raport cu necesităţile organismului. Alimentaţia dietetică în cazul acestei patologii este diferenţiată, în dependenţă de evoluţia bolii, caracterul scaunului, starea altor organe şi celorlalte sisteme. De obicei bolnavilor din această grupă li se recomandă dieta № 4 şi variantele ei 4b, 4v.

Deosebit de efectivă este dieta ce conţine o cantitate mărită de proteine: cea cu 10—15% contribuie la o restabilire mai complexă a funcţiei dereglate a intestinului, metabolismului, a formării hemoglobinei şi la o ameliorare a funcţiilor altor organe ale tractului gastrointestinal, antrenate în procesul patologic.

În cazul bolilor intestinale e dereglată absorbţia grăsimilor. În afară de asta, e cunoscută acţiunea stimulatoare a ei asupra peristaltismului intestinal. De aceea e raţional să se limiteze temporar cantitatea de grăsimi în alimentaţia bolnavilor cu enterocolită cronică în stadiu de acutizare cu trecerea treptată la normele fiziologice în cazul stingerii procesului. Grăsimea e un stimulator puternic în procesul de eliberare a fermenţilor digestivi şi ai fierei. Ea e necesa-

Scanned with OKEN Scanner

ră pentru absorbția vitaminelor solubile în grăsimi, a substanțelor minerale și de asemenea pentru sintetizarea fermenților și a hormonilor. Aceasta dovedește neraționalitatea limitării de grăsimi pentru un timp îndelungat în cazul bolilor intestinale.

Deci, în dieta bolnavilor cu enterocolită cronică în stadiu de remisie e necesar a se introduce norma fiziologică de grăsimi. Cantitatea zilnică de alimente trebuie repartizată uniform. Nu se recomandă consumul grăsimilor în stare liberă, ci doar în componența bucatelor.

În perioada de acutizare a enterocolitei cronice e necesar să se micșoreze cantitatea de glucide, pentru că clucidele sporesc procesele de fermentație și diaree. S-a stabilit că dietele cu cantități mici de glucide nu creează condiții optimale pentru normalizarea stării funcționale a intestinului și a altor organe și sisteme, antrenate în procesul patologic, chiar mai mult, la introducerea unei cantități insuficiente de glucide se consumă neeconom proteinele. Ultimele acoperă consumul de energie.

Bolnavii pot consuma fără griji legume, fructe, crupe ce conțin mici cantități de celuloză și membrane celulare. Toleranța glucidelor depinde de prelucrarea culinară a produselor. Fierberea legumelor, fructelor, pasarea lor și cu atît mai mult omogenizarea lor micșorează considerabil acțiunea asupra peristaltismului. Respectarea acestor condiții permite introducerea în dieta bolnavilor cu enterocolită cronică a normei fiziologice de glucide.

În cazul enterocolitelor cronice flora microbiană a intestinului se schimbă considerabil, se micșorează sinteza vitaminelor, absorbția lor și concomitent sporește distrugerea unei serii de vitamine. Același lucru conduce la dezvoltarea polihipoavitaminozei și lichidarea deficitului de vitamine e posibilă prin introducerea lor în preparate.

Un rol important în dieta bolnavilor cu enterocolită cronică îl joacă substanțele minerale, mai ales sărurile de calciu și fosfor, absorbția și asimilarea cărora e dereglată brusc în cazul acestei patologii. Pentru asimilarea mai bună a calciului și fosforului e necesară introducerea unei cantități suficiente de proteine care s-ar afla într-un raport optimal de aminoacizi nesaturați și ar stabili un raport anumit între proteine și grăsimi.

Sursele principale de calciu și fosfor sînt laptele, brînza, carnea, peștele, crupele de ovăz și hrișcă. Produsele indicate pot fi introduse zilnic în rația copilului. La o toleranță bună, laptele poate fi întrebuințat în stare naturală. Dar e dovedit că laptele în cazul bolilor cronice ale intestinului

Scanned with OKEN Scanner

se suportă rău, din cauza insuficienţei lactozice la aceşti bolnavi. De aceea el se recomandă a fi introdus în componenţa bucatelor (cu supe, terciuri, ceai).

În scopul profilaxiei anemiei feriprive în dietă e necesar să se introducă produse ce conţin fier. Dintre acestea fac parte: carnea, limba, icrele moi şi tescuite, ficatul, enpitele (mai ales antianemic), ouăle, crupele de hrişcă şi ovăz, sfeclă, merele, gutuiele, coarnele, perele ş. a. Din fructe pot fi pregătite fierturi, chisel, compoturi, dulceaţă, gemuri. Pot fi consumate mere şi pere coapte.

Consumul de ouă poate spori la unii bolnavi durerile, meteorismul şi diareea, pentru că creşte excitabilitatea intestinului din cauza acţiunii hidrogenului sulfurat, care se formează din aminoacizii albuşului de ou ce conţin sulf in procesul disiminării regiunilor superioare ale intestinului subţire cu microorganisme şi apariţiei proceselor de putrefacţie.

Albuşul de ou poate provoca alergie alimentară. Majoritatea bolnavilor suportă uşor ouăle moi şi omletele pregătite la aburi, ouăle în budinci, sufleuri ş. a.

Utilitatea merelor se explică nu numai prin faptul că ele conţin fier, dar şi celuloză, pectină, substanţe tanante, acizi organici (malic, tartric) şi fitoncide.

La enterocolitele cronice în stadiul acutizării brusce cu sindrom dispeptic pronunţat (vome, diarei) se pot dezvolta hipokaliemia, cloropenia şi hiponatriemia.

Mărirea cantităţii de sare de bucătărie şi kaliu în raţie e imposibilă, deoarece ultimele provoacă diareea. În perioada de acutizare aceste elemente trebuie introduse parenteral. Kaliu se conţine în fructe şi pomuşoare, de aceea acestor bolnavi li se recomandă fierturi, compoturi, chisel, jeleu din măceş, stafide, caise uscate ş. a.

Astfel, dieta complexă, balanţată în ce priveşte ingredienţii nutritivi se recomandă tuturor bolnavilor cu enterocolită cronică, şi este abandonată în stadiul de acutizare cu sindrom dispeptic pronunţat.

Se ştie că durata parcurgerii hranei prin tractul gastrointestinal la copiii sănătoşi în cazul alimentaţiei fiziologice alcătuieşte în medie 15 ore, dintre acestea 7—8 ore o constituie trecerea prin intestinul subţire şi 4—12 ore — prin intestinul gros.

Substanţele nutritive se deosebesc în dependenţă de acţiunea lor asupra funcţiei motoro-evacuatoare a intestinului: care sporesc sau încetinesc peristaltismul şi indiferente. Accelerează pasajul prin intestin produsele şi bucatele cu conţinut mare de celuloză şi membrane celulare (caise, cru-

pe de arpacaş, mei, brînză, ovăz, ş. a.), bogate în acizi organici (sucuri acre din legume şi fructe, pîine neagră, lapte acru), substanţe zaharate (siropuri, zahăr, miere, dulceaţă), grăsimi, soluţii hipertonice de sare de bucătărie, băuturi ce conţin bioxid de carbon, carne prăjită, marinate, bucate afumate, murături, conserve de gustare.

Micşorează peristaltismul intestinului produsele ce conţin tanin (afine, zmeură, ceai concentrat, cacao ş. a.), bucate de consistenţă cleioasă (supe mucilaginoase, terciuri pasate, chisel, jeleu).

Din bucatele indiferente fac parte cele fierte şi pregătite la aburi din sorturi slabe de peşte şi carne fără fascii şi tendoane (sufleu, perişoare, pîrjoale), pîine albă bine coaptă şi pesmeţi.

Dieta № 4

Caracteristică generală. Dieta № 4 prevede reducerea grăsimilor şi glucidelor pînă la limita inferioară a normei, un conţinut normal de proteine, micşorarea sării de bucătărie, excluderea produselor ce provoacă fermentaţia şi putrefacţia în intestine a stimulatorilor funcţiei secretoare a stomacului, pancreasului, a funcţiei de eliminare a fierii şi a substanţelor excitante pentru ficat.

Dieta indicată se recomandă pentru 2—3 zile la bolile acute şi cronice ale intestinului în stadiul acutizării cu sindrom dispeptic pronunţat.

Regimul alimentar: primirea hranei se face de 5—6 ori pe zi, fracţionar.

Prepararea culinară: hrana se pregăteşte la aburi, lichidă sau se trece prin sită. Toată hrana şi lichidul se dau în stare caldă.

Produsele şi bucatele recomandate: brînză trecută prin sită, sufleu din brînză, budinci; sorturi slabe de carne şi peşte în formă de sufleu, pîrjoale pregătite la aburi, perişoare; pesmeţi albi, biscuiţi uscaţi; ouă în bucate, iar în cazul unei bune toleranţe — ouă moi şi în formă de omlete pregătite la aburi; supe de legume sau crupe trecute prin sită, fierte în bulion de carne şi peşte, supe din perişoare din carne şi peşte; terciuri pasate, fierte cu apă sau bulion degresat de carne; ceai, fiertură de măceş, de coajă de rodii, chisel, jeleu din carne, afine, zmeură, pere coapte, mere, banane.

Sînt interzise: pîinea de secară, aluatul de cozonac, bulionurile din carne, peştele, ciupercile, bucatele afumate, marinatele, condimentele, conservele, bucatele sărate, năstăioasele, castraveţii, roşiile, varza, bucatele prăjite şi

Scanned with OKEN Scanner

grăsimile cu grad mic de prăjire, laptele, frișca, smîntîna, pastele făinoase; băuturile gazoase, fructele ce contribuie la laxație (prunele, caisele, piersicile, poama).

Pe măsura micșorării sindromului de durere, dispeptic și a ameliorării indicilor coprologici, dieta treptat se lărgește și se simplifică pregătirea culinară a hranei.

Dieta № 4b

Caracteristică generală. Dieta №4b se recomandă în cazul bolilor intestinale acute și cronice (colite, enterocolite) în stadiul acutizării neaccentuate însoțite de bolile de stomac, ficat, ale căilor biliare, pancreasului. Dieta e complexă conform componenței chimice și conform valorii calorice cu limitarea moderată a sării de bucătărie, a excitanților mecanici și chimici ai mucoasei tractului gastrointestinal, cu excluderea produselor și bucatelor ce sporesc procesele de fermentație și putrefacție în intestine.

Regimul alimentației: hrana se ia de 5—6 ori pe zi.

Prepararea culinară: bucate pasate, se fierb sau se pregătesc la aburi.

Produse și bucate recomandate: pîine albă uscată, biscuiți uscați; lapte numai în bucate în cantități limitate, băuturi lactate acre — chefir, acidofilină, lapte acidofil, brînză, smîntînă, nefermentată folosită în calitate de condiment, pastă de brînză, budinci de brînză pregătite la aburi, frișcă, unt; supe de crupe, legume, paste făinoase în bulion neconcentrat de carne, pește cu crupe bine fierte; paste făinoase cu legume tăiate mărunt; sorturi slabe de carne, (de vită, de găină, de gîscă, iepure) și pește (șalău, stiucă, batog, plătică, biban, mihalț ș. a.) în stare mărunțită, perișoare, sufleu, pîrjoale, ruladă fiartă sau pregătită la aburi, conopidă, mazăre verde, dovlecei, bostan, morcov, cartofi fierți sau în formă de pireu, sufleu de legume mărunțite pregătite la aburi; ouăle se adaugă în bucate, ouă moi, omlete din albuș de ou, fructe și pomușoare în compot, jeleu, chisel, mere coapte, pere, dulceață din sorturi dulci de fructe și pomușoare, marmeladă, ceai cu lapte, fiertură de măceș.

Sînt interzise: pîinea neagră, produsele din aluat de cozonac, sorturile grase de carne și pește, produsele afumate, marinatele, conservele, condimentele, laptele integru, crupele de mei, arpacașul, păstăioasele, varza, castraveții, sfecla, ridichea, ceapa, măcrișul, spanacul, poama, prunele, caisele, fructele uscate, zămosul, mierea, ciocolata, băuturile gazoase și reci.

Scanned with OKEN Scanner

Atunci cînd se normalizează scaunul, dispare sindromul dispeptic şi de durere, copilul bolnav trece la dieta nepasată.

Dieta № 4v

Caracteristică generală. Dieta №4v este prevăzută pentru bolile acute intestinale în perioada de însănătoşire şi pentru colite cronice şi enterocolite în stadiul compensaţiei. Dieta e complexă conform conţinutului ingredienţilor alimentari şi valorii calorice, sînt limitaţi moderat excitanţii mecanici şi chimici ai mucoasei tractului gastrointestinal şi sarea de bucătărie. Sînt excluse produsele ce provoacă fermentaţia şi putrefacţia în intestine şi de asemenea stimulatorii puternici ai secreţiei gastrice, pancreatice, biliare şi excitanţii hepatici.

Prepararea culinară: fierberea, coacerea la rolă. Hrana se dă nefărîmiţată.

Regimul alimentar: hrana se dă de 4—5 ori pe zi.

Produse şi bucate recomandate: pîine uscată, biscuiţi uscaţi, plăcinte, ruladă cu mere; dulceaţă, gem, magiun, supe de legume, crupe, paste făinoase cu bulionuri neconcentrate de carne şi peşte; sorturi slabe de carne şi peşte fierte, pregătite la aburi, tocană, pireu, pîrjoale din carne şi peşte, pregătite la aburi, ruladă de carne la aburi, sarmale cu orez şi carne fiartă, carne înăbuşită cu legume, orez cu fructe, crenvurşti lactaţi, salamuri slabe, peşte, limbă, carne de vită; pireu de legume, budincă de legume, legume fierte înăbuşite, roşii crude, salată; terciuri cu apă sau bulion de carne degresată, budinci semilactate de fructe şi crupe, crupe şi legume; lapte în bucate, băuturi acidolactice — biolact, chefir, lapte acidofilic, brînză, budinci de brînză, paste făinoase cu brînză, paste de brînză cu fructe, unt, omletă de ouă, ouă moi; sosuri de fructe, lapte, smîntînă, mere şi pere coapte, sorturi dulci de mere şi pere, compoturi, jeleu, sucuri, dulceaţă, gem, căpşune, zmeură, portocale, mandarine, harbuji, ridiche, marmeladă, zefir, caramelă de fructe, fierturi de măceş, coacăză neagră, ceai neconcentrat fără sau cu lapte, frişcă.

Sînt interzise: ciupercile, ceapa, usturoiul, măcrişul, spanacul, ridichea, ardeiul, muştarul, hreanul, produsele afumate, marinatele.

Alimentaţia dietetică în caz de colite cronice cu constipaţii pronunţate este o problemă complicată. Constipaţiile pot fi manifestări clinice ale unor boli ale organelor digestive: gastrită cronică, ulcer, pancreatită cronică, dischinezii ale tractului gastrointestinal, pot fi consecinţe ale încălcărilor în alimentaţie (folosirea în prealabil a produselor rafinate

Scanned with OKEN Scanner

sau a produselor cu valoarea calorică mare), anomaliilor congenitale ale dezvoltării intestinului (dolihosigma, boala Girşprung, boala Paira ş. a.).

În dependenţă de diagnosticul de bază alimentaţia dietetică la constipaţii are anumite particularităţi. Astfel, pentru bolnavii cu colite şi enterocolite cronice la apariţia constipaţiilor după întreruperea diareei se dă dieta nepasată (№ 4v).

Dacă constipaţiile sînt perseverente, în raţie se măreşte treptat cantitatea de produse, bogate în celuloză, pe baza legumelor fierte (sfeclă, morcov), terciuri din crupe cu conţinut suficient de membrane celulare (de secară, hrişcă), pîine neagră uscată, compoturi din fructe uscate muiate în apă caldă (prune uscate, caise uscate). Consumul sucurilor de fructe şi legume pe nemîncate (de morcov, varză, roşii, cartofi, sfeclă, mere, caise, prune), băuturilor dulci reci (fierturi de măceş cu zahăr sau miere, ceai), produse acidolactice (chefir, lapte acru, lapte acidofil) au un efect laxativ.

Bolnavii cu constipaţii şi cu alte boli ale tractului gastrointestinal se alimentează în felul următor: la ulcer substanţele nutritive laxative se recomandă în limitele dietelor 1a, 1b, 1. La copiii cu boli ale ficatului şi ale căilor biliare — în limitele dietelor № 5a şi 5, la pancreatite — în limitele dietelor 5p pasat şi 5p, varianta nepasată ş. a. m. d.

La tratarea constipaţiilor condiţionate de o patologie congenitală a intestinului gros nu se recomandă de introdus în dietă produsele ce conţin celuloză greu asimilabilă, deoarece mărirea cantităţii de mase fecale poate conduce la supraextensibilitatea intestinului şi spori constipaţiile. Alimentaţia acestor copii trebuie să fie complexă, conform vîrstei, să conţină produse şi bucate ce posedă proprietăţi laxative, fructe şi legume crude, sucuri, (de sfeclă, cartofi, morcovi); sînt folositoare salatele din legume cu ulei vegetal, bucatele din dovlecei, sfeclă, vinete, produse acidolactice.

Alimentaţia dietetică a copiilor cu colită ulceroasă nespecifică. Terapia dietetică în cazul colitei ulceroase nespecifice constituie partea componentă principală a terapiei complexe a acestei boli grave la copii. Boala se caracterizează printr-o geneză autoimună complicată şi printr-o evoluţie ondulantă, acutizarea e însoţită de sindromul dispeptic pronunţat (diaree îndelungată, hemoragie, plasmoree, în zona exulceraţiei imense, malabsorbţia ş. a.). De aceea organizarea alimentaţiei dietetice este o problemă complicată atît ca asortiment al ingredienţilor nutritivi, precum şi ca tehnologie de pregătire a hranei.

Scanned with OKEN Scanner

Scopul alimentaţiei dietetice este de a contribui la micşorarea procesului inflamator şi la sensibilizare alimentară, normalizare a stării funcţionale a tractului gastrointestinal, proceselor digestive şi metabolice, stimularea proceselor reparative.

Alimentaţia dietetică a copiilor cu colită ulceroasă nespecifică trebuie să acţioneze antialergic, de aceea din raţie sînt excluse în primul rînd produsele pe care copilul nu le suportă şi alergenii absoluţi (peştele, albuşul de ou, citruşii, cacaua, mierea, căpşunele, zmeura, marinatele, ciupercile, mirodeniile), laptele ce posedă activitate sensibilizantă înaltă. În perioada de stingere a procesului patologic, cu condiţia unei bune toleranţe, se introduc produsele acidolactice (biolact, chefir, lapte acru, lapte acidofil, acidofilină). Din raţie sînt excluse fierturile concentrate de carne, peşte, ciuperci, conservele, produsele afumate, bucatele sărate, fructele şi legumele crude, care au un efect laxativ, prunele, caisele, piersicile.

În legătură cu intoleranţa posibilă a dizaharidelor şi tendinţa spre procesele de fermentaţie în intenstin, glucidele sînt limitate şi se consumă în formă de chisel, jeleu, sufleu, din fructe şi pomuşoare dulci, mere coapte, marmeladă ş. a. În perioada remisiei stabile se consumă mere, pere, rodii, stafide, caise uscate, pireu de fructe.

Componentul lipidic al raţiei e asigurat de unt, pentru a normaliza scaunul se introduce smîntîna, în perioada remisiei se introduc atent uleiuri vegetale — pînă la 15—20% din componentul lipidic al raţiei.

În perioada acută a bolii se recomandă o dietă individuală, asemănătoare cu dieta №4, care prevede limitarea grăsimii şi glucidelor pînă la limita inferioară a normei de vîrstă în cazul conţinutului normal de proteine.

La dereglările pronunţate ale metabolismului proteic, în perioada acutizării procesului patologic e indicată mărirea proteinelor de origine animală cu 20—30% faţă de norma de vîrstă. Hrana trebuie să fie mecanic cruţătoare.

Pe măsura micşorării simptomelor dispeptice ale bolii şi ale sindromului de durere, cu limitări anumite poate fi folosită dieta, asemănătoare cu dieta № 5 (cu excluderea laptelui şi a produselor ce stimulează secreţia sucului gastric şi eliminarea fierei).

La remisia clinică şi de laborator stabilă peste 6—8 luni, se poate trece treptat la dieta №5.

Scanned with OKEN Scanner

CAPITOLUL 6

ALIMENTAȚIA LA BOLILE DE RINICHI

Alimentația dietetică la bolile de rinichi este una dintre metodele principale de intervenție terapeutică. Principiul de bază al terapiei dietetice constă în cruțarea maximală a organului bolnav, restabilirea funcțiilor dereglate și, în același timp, asigurarea copilului cu substanțe nutritive principale și energie.

Rațiile dietetice sînt stabilite în dependență de vîrsta copilului, de caracterul și stadiul bolii. De obicei sînt recomandate trei variante de diete (tabelul 29).

Dieta № 7 se caracterizează prin limitarea moderată a proteinelor, pregătirea hranei fără sare și cu 50—55% de proteine din norma de vîrstă; în varianta dietei Giordano-Giovanetti cantitatea de proteine în mediu alcătuiește 0,6—0,7 g/kg de greutate, adică 20—22% din norma de vîrstă, dieta Borst aproape nu conține proteine.

Sporirea caloriei energetice a rației se obține din contul măririi cotei grăsimilor cu 35—50% și glucidelor cu 20% în comparație cu norma de vîrstă.

Glomerulonefrita acută. Glomerulonefrita acută e o boală inflamatoare a rinichilor, de origine infecțioasă-alergică și se caracterizează cu edemații, mărirea tensiunii arteriale, schimbări în urină (proteinurie și hematurie).

În stadiul începător al glomerulonefritei acute se folosesc diete ce limitează proteinele și natriul, fapt ce ameliorează funcția aparatului glomerular al rinichilor, contribuie la micșorarea edemațiilor, la micșorarea tensiunii arteriale și la reducerea procesului inflamator.

În primele zile de boală se recomandă dieta de fructe și zahăr, ce conține 8—10 g/kg de greutate de zahăr și 300—800 g de fructe pe zi, în dependență de vîrstă (copiilor de 4—7 ani — 300 g, 7—11 ani — 500 g, 11—14 ani — 800 g).

După dieta cu fructe și zahăr se recomandă hrană lacto-vegetariană, în care cantitatea totală de proteine alcătuiește 50—55% din norma de vîrstă (1—1,5 g/kg de greutate). Hrana se pregătește fără sare. Pentru ameliorarea calității

Scanned with OKEN Scanner

Tabelul 29

Caracteristica unor raţii dietetice, folosite în cazul bolilor de rinichi la copii

Dieta	Proteine, gl		Grăsimi, gl		Glucide, g		Valoarea calorică, kcal		Indicaţii
	pe zi	la kg de gr	pe zi	la kg de gr	pe zi	la kg de gr	pe zi	la kg de gr	
Dieta № 7	45—55	1—1,5	90—130	2,7—3	350—380	13	2200—2700	70—90	glomerulonefrita acută, stadiul începător al IRA
Varianta Giordano Giovanetti	21	0,6—0,7	100—130	2,5—3	380—420	10—12	2400—2800	60—80	IRC
Dieta Borst	1,2	0,03—0,04	165	1—6	200	5—7	2240	56—80	IRA şi IRC cu hiperkaliemie

Notă; IRA—insuficienţă renală acută
IRC—insuficienţă renală cronică

gustative a bucatelor se adaugă sucuri de fructe, ceapă, usturoi. Lichidul se recomandă în dependenţă de eliminarea sumară a lui în decursul zilei (diureza, masele de vomă ş. a. m. d.)

În cazul formelor uşoare ale nefritei acute, cînd starea generală a copiilor suferă puţin şi se constată o diureză suficientă, dieta lacto-vegetariană se indică fără întocmirea preventivă a dietei de fructe şi zahăr.

În asortimentul produselor se introduce laptele, chefirul, ouăle, smîntîna, untul, uleiul, crupele, cartofii, legumele, fructele, sucurile, zahărul, dulceaţa, marmelada, zefirul, pîinea fără sare (tabelul 30).

Produsele se prepară prin fierbere, înăbuşire, pireurile se prepară fără sare.

Pentru a ameliora calităţile gustative ale bucatelor se folosesc sucuri de fructe.

La dejun se recomandă terciurile lactate, pastele făinoase, ouăle, ceaiul cu zahăr, ceaiul cu lapte.

La prînz — primele bucate sînt de origine vegetală: supe lactate, de fructe, crupe, cartofi, din diverse legume; felul doi constă din bucate înăbuşite, fierte din cartofi, pireuri din

Tabelul 30

Asortimentul aproximativ de produse (în g) pentru copiii cu glomerulonefrită acută

Denumirea produselor	Vîrsta (ani)	
	7—11	11—13
Lapte	400	400
Smîntînă	22	22
ouă	1	1
pîine fără sare	200	200
făină de cartofi	5	5
crupe	60	90
făină de grîu	20	20
zahăr	70	80
unt	55	60
ulei vegetal	10	15
cartofi	300	500
legume diferite	250	300
fructe proaspete	250	250
sucuri	200	200
ceai	0,2	0,2
cafea	2	2
drojdii	9	9
In total:		
proteine, g	53,09	59,6
grăsimi, g	81,9	91,1
glucide, g	378,0	427,3
kcal	2323	2670

cartofi şi legume, sarmale, budinci (din crupe, cartofi), bucate din paste făinoase. Sosuri: de unt, smîntînă, fructe; felul trei — fructe, sucuri, compoturi, chisel, băuturi din lămîi, măceş ş. a. m. d.

Gustarea între prînz şi cină: fructe, sucuri, lapte, chefir, acidofilină, mere coapte, cartofi copţi.

La cină: cartofi fierţi, budinci, diferite terciuri, paste făinoase, chifle.

Alimentaţia recomandată bolnavilor cu glomerulonefrită acută e necesar să fie receptată aproximativ 3 luni, supunîndu-se controlului dinamica bolii. Dieta poate deveni mai amplă după o remisie stabilă a procesului patologic timp de 1,5—2 luni (lipsa edemaţiilor, proteinuriei, normalizarea tensiunii arteriale, micşorarea hematuriei).

Lărgirea dietei se face treptat timp de 3—4 luni. La început în raţie se introduce pîinea de grîu, apoi carnea, peştele, brînza, sarea de bucătărie de la 1 pînă la 5 g. Bulionurile de carne, peşte, ciuperci, murături şi produse ce provoa-

Tabelul 31

Dietele, folosite în cazul insuficienţei renale acute

Denumirea dietei	E admisă	E interzisă	Metoda de introducere
Dieta Borst	chisel Borst (unt, cafea, zahăr, amidon)	toate produsele ce conţin proteine, kaliu şi natriu	per os per nazi per rectum
Dieta de fructe şi zahăr	fructe în orice aspect, zahăr	—"—	per os
Dieta Kempner	fructe în orice aspect, fierturăde orez	—"—	per os

că deosebit de des reacţii alergice la copii (zmeura, citruşii ş. a. m. d.) se introduc în meniu peste 6 luni de la începutul remisiei.

Dacă boala evoluează treptat, atunci e necesar ca dieta lactat-acidică să fie prelungită; la dezvoltarea remisiei e bine ca dieta să fie lărgită treptat şi atent.

În cazul dezvoltării insuficienţei renale cronice (complicaţii ale glomerulonefritei acute), ce se caracterizează prin oligurie, hiperkaliemie şi hiperazotemie, se recomandă dieta Borst cu cantitate mică de kaliu, natriu, proteine şi cantităţi mari de calorii (tabelul 31).

Dieta este respectată 1—2 zile. Cantitatea de zahăr şi unt, introduse în amestec, depinde de vîrsta şi starea copilului. Bolnavilor de vîrstă şcolară în stare gravă trebuie să li se introducă cu alimentaţia timp de o zi pînă la 2000 kcal, ceea ce se asigură cu chisel Borst, pregătit din 200 g de zahăr şi 200 g de unt; copiilor de vîrstă preşcolară li se dă nu mai puţin de 1000 kcal (100 g de zahăr şi 100 g de unt).

Pentru ameliorarea gustului mîncării se adaugă cafea. Amestecul din zahăr şi unt se fierbe pînă la consistenţa smîntînii sau caramelei (sau se pregăteşte chisel cu adăugarea a 6—8 g de amidon). Chiselul poate fi introdus bolnavului pe gură, prin sondă sau clismă.

La ameliorarea stării copiilor în a 2—3-a zi în raţie se introduce zahărul, sucurile, pireurile de fructe (dieta de fructe şi zahăr), şi de asemenea orezul fiert sau terci de 5% din făină de orez (dieta Kempner), iar apoi dieta lacto-vegetariană, descrisă mai sus.

Glomerulonefrita cronică. Glomerulonefrita cronică la copii deseori este o evoluţie nefavorabilă a glomerulonefritei acute.

În cazul acesta sînt lezate anterior glomerulii prin golirea treptată și distrugerea nefronilor. Ulterior aceasta conduce la scleroza renală și la scăderea funcției rinichilor cu dezvoltarea uremiei. Clinic se deosebesc **formele nefrotică, hematorică și forma mixtă** a glomerulonefritei cronice.

Forma nefrotică a bolii se caracterizează prin edemații, proteinurie mai mult de 2,5 g pe zi, hipo- și disproteinemie, hiperholesterinemie și hiperlipidemie. Hipertensia lipsește, funcția rinichilor se compensează mulți ani.

Forma hematurică e însoțită de sindromul urinar în formă de hematurie ciclică-izolată. Edemațiile și hipertensia lipsesc, funcția rinichilor de obicei e menținută timp de mulți ani.

Forma mixtă se caracterizează prin sindrom nefrotic cu hipertensie și hematurie. În perioadele timpurii ale glomerulonefritei cronice se constată micșorarea capacității de filtrare și eliminare a rinichilor. Atunci cînd procesul progresează se dezvoltă insuficiența renală cronică.

În dependență de gradul pronunțării simptomelor glomerulonefritei cronice și dereglării funcționale, caracterul alimentației dietetice trebuie să fie divers.

La acutizarea glomerulonefritei cronice, forma nefrotică în perioada funcțional compensată și în asociere cu sindromul hipertensiei se recomandă alimentația lacto-vegetariană cu limitarea moderată a proteinelor (pînă la 50—55% din norma de vîrstă, ceea ce alcătuiește 1—1,5 g/kg de greutate) și valoarea calorică suficientă, care are o acțiune antiedematică și hipotensivă. Asortimentul produselor, bucatelor, meniul, recomandate bolnavilor la acutizarea glomerulonefritei cronice, e aproximativ aceeași ca și la glomerulonefrita acută. Hrana se pregătește fără sare.

La glomerulonefrita cronică, ce evoluează cu sindrom urinar moderat, se recomandă dieta ce conține proteine, în corespundere cu necesitatea de vîrstă (asortimentul aproximativ al produselor e expus în tabelul 32), dar cu limitarea natriului pînă la 18 moli.

În cazul remisiei bolnavilor cu glomerulonefrită cronică trebuie să li se lărgească dieta, dar nu mai devreme decît peste 1—2 luni. Treptat se introduc produsele ce conțin o cantitate relativ mare de proteine și natriu (pîine de grîu, carne fiartă, pește, brînză).

Deci, de-acum la a 14-a lună de remisie bolnavii trebuie să mănînce în corespundere cu vîrsta copilului, cu raportul corect al proteinelor de origine animală și vegetală (60 și 40%). Pentru asigurarea acestei cerințe în rație sînt incluse carnea, peștele, brînza și toate produsele pe care le-au con-

Scanned with OKEN Scanner

Tabelul 32

Asortimentul aproximativ de produse (în g) pentru copiii bolnavi de glomerulonefrită cronică

Denumirea produselor	Vîrsta (în ani)	
	7—11	11—14
Lapte	400	500
Smîntînă	22	22
Ouă	1	1
Pîine fără sare	200	200
Pîine fără proteine	75	75
Făină de cartofi	5	5
Crupe	60	90
Făină de grîu	20	20
Zahăr	70	80
Unt	55	60
Ulei vegetal	10	15
Cartofi	300	500
Legume diverse	250	300
Fructe proaspete	250	250
Sucuri	200	200
Fructe uscate	10	10
Ceai	0,2	0,2
Cafea	2	2
Drojdii	9	9
În total: proteine, g	53,25	59,85
grăsimi, g	83,7	93,0
glucide, g	408,5	471,0
kcal	2508	2854

sumat în timpul acutizării bolii. Primele bucate sînt de origine vegetală; bucatele din carne şi peşte se dau în prima jumătate a zilei, ele se pregătesc la aburi, se înăbuşă, se permite şi prăjirea cartofilor.

Aproximativ 6 luni de la începutul remisiei bolnavii nu trebuie să consume bulionuri de carne şi peşte, carne şi peşte prăjit, bucate afumate, condimente iuţi.

La a 2-a, a 3-a lună de emisie în bucate se introduc 1—2 g de sare, la a 4-a şi a 5-a lună — 3—5 g, şi în luna a 6-a — 6 g. Pentru a ameliora calităţile gustative ale hranei se folosesc larg sucurile din fructe, ceapa, usturoiul.

În cazul formei hematurice în perioada activă a bolii sînt recomandate diete ce prevăd limitarea moderată a proteinelor şi a sării. În perioada remisiei incomplete şi complete cantitatea de proteine, mai ales a celor de origine animală, şi sare trebuie să corespundă normei de vîrstă. Bucatele din carne şi peşte se dau la dejun şi prînz; brînză se

Scanned with OKEN Scanner

mănîncă de 2—3 ori pe săptămînă. Bucatele felului întîi sînt de origine vegetală; felul doi se pregăteşte la aburi. Bucatele pot fi şi fierte, şi prăjite.

Pielonefrita şi cistita. Pielonefrita e un proces inflamator nespecific de origine bacteriană din bazinetul renal şi ţesutul interstiţial al rinichilor, ce se caracterizează clinic prin dizurie, leucociturie pronunţată şi bacteriurie. Cistita şi uretrita se manifestă prin dereglări dizurice, bacteriurie şi leucociturie neînsemnată.

Pielonefrita acută şi acutizarea formei ei cronice se caracterizează prin simptome pronunţate extrarenale (febră, intoxicaţie, dureri în abdomen) şi simptome renale (dereglări dizurice, schimbări în urină).

În primele 1—2 zile de la începutul bolii însoţite de intoxicaţie şi anorexie se recomandă dieta din fructe şi zahăr, ce include băutură abundentă (pînă la 1,5—2 l/pe zi în formă de sucuri, compot, ceai dulce, morsă de răchiţele şi coacăză, fiertură de măceş, şi ierburi diuretice, fructe şi legume proaspete, mai ales harbuji, zămoşi deoarece posedă acţiune diuretică. La ameliorarea stării se recomandă pentru un timp scurt (7—10 zile) dieta lacto-vegetariană.

În cazul pielonefritei acute sau acutizării pielonefritei cronice fără manifestări extrarenale se indică pentru 7—10 zile dieta lacto-vegetariană. Sarea nu se limitează, dar se exclud bucatele iuţi şi condimentele.

În cazul pielonefritei, însoţite de hipertensiune, se recomandă dieta fără sare, mai tîrziu sarea de bucătărie se dozează în dependenţă de tensiunea arterială.

După această dietă strictă se recomandă pentru consum carnea, peştele, brînza, dar cu excluderea substanţelor extractive.

În scopul preîntîmpinării recidivei bolii se exclud pentru un an din alimentaţie bucatele iuţi, afumate, murăturile.

Pielonefrita, însoţită de dereglarea funcţiei aparatului tubular, este tratată cu dietă vegetariană. În raţie se mai introduce carne şi peşte fiert, brînză, ce conţin sulfaţi şi fosfaţi acizi şi care contribuie la ameliorarea funcţiei rinichilor.

Dacă tratamentul se face cu antibiotice şi sulfanilamide, se folosesc produse acidolactice (chefir, acidofilină, lapte acru) în scopul profilaxiei disbacteriozei şi disfuncţiilor intestinale.

Pielonefrita cronică. Alimentaţia dietetică la pielonefrita cronică trebuie să aibă drept scop cruţarea sistemului canali-

Tabelul 33

Asortimentul aproximativ de produse (în g) pentru copiii bolnavi de pielonefrită cronică

Produsele	Vîrsta (ani)	
	3–6	7–14
Lapte	600	600
Brînză	50	75
Smîntînă	10	20
Carne	100	150
Pește	40	50
Ouă	3/4	1
Pîine de grîu	150	250
făină de grîu	10	20
Crupe	45	65
Făină de cartofi	5	5
Zahăr	60	70
Unt	25	35
Ulei vegetal	10	15
Cartofi	250	500
Legume diferite	200	250
Fructe proaspete	100	200
Sucuri	150	150
Fructe uscate	10	20
Ceai	0,2	0,2
Cafea din graminee	2	2
Drojdii	5	9
Sare		6
In total: proteine, g	77,5	108,0
grăsimi, g	69,2	90,7
glucide, g	289	428
kcal	2025	2860

Scanned with OKEN Scanner

cular al rinichilor, mai ales a porţiunii distale. Aceasta se atinge prin excluderea din raţie a produselor şi bucatelor ce conţin substanţe extractive şi prin prelucrarea specială culinară şi tehnologică a produselor.

Alimentaţia dietetică a acestor bolnavi se face luîndu-se în considerare activitatea procesului patologic şi tratarea medicamentoasă care se efectuează.

Cantitatea şi raportul substanţelor nutritive principale în dieta acestor bolnavi trebuie să corespundă necesităţilor copiilor sănătoşi.

În dieta bolnavilor cu pielonefrită se folosesc diverse produse. Sînt preferabile produsele lactate (lapte, produse acidolactice, brînză, frişcă, smîntînă). Laptele are o acţiune diuretică, nu conţine substanţe extractive şi de aceea se foloseşte în alimentaţia dietetică în cazul bolilor de rinichi. Laptele e bogat în proteine, calciu, fosfor, grăsimea laptelui e emulgată şi contribuie la o asimilare completă. Indispensabile sînt produsele acidolactice, deoarece, în afară de acţiunea diuretică, ele contribuie la normalizarea florei microbiene a intestinului, care poate fi dereglată în cazul unui tratament mai îndelungat cu antibiotice.

Asortimentul aproximativ de produse pentru bolnavi cu pielonefrită cronică e prezentat în tabelul 33.

Din asortimentul de produse sînt excluse bucatele sărate, prăjite, iuţi, afumate, bulionurile de carne, peştele, ciupercile, diferitele condimente, păstăioasele, conopida, ridichea, spanacul, măcrişul, salata verde, ceapa, usturoiul, ţelina, cafeaua naturală, cacaua, pîinea de secară. Muştarul, hreanul, ceapa, ţelina ş. a. conţin uleiuri eterice, iar carnea prăjită, fierturile de carne, peşte, ciuperci ş. a. — substanţe extractive, care excită epiteliul regiunii distale a nefronului, de aceea ele nu se folosesc în alimentaţie. La prepararea culinaro-tehnologică produsele sînt mărunţite, tocate, fierte îndelungat, înăbuşite.

În dependenţă de asortimentul de produse şi particularităţile pregătirii culinaro-tehnologice a hranei e elaborat asortimentul bucatelor pentru copiii cu pielonefrită cronică.

La dejun: terciuri lactate, paste făinoase, pireuri de cartofi şi legume, brînză, ouă, chefir, cafea cu lapte, ceai cu zahăr, ceai cu lapte.

La prînz: felul întîi este vegetarian — supe lactate, din fructe, crupe, cartofi, legume de calitate superioară, borş cu sfeclă, varză proaspătă.

Felul doi: carne fiartă, pîrjoale pregătite la aburi, chiftelute, găină, peşte; la garnitură — cartofi şi legume fierte sau înăbuşite, pîrjoale din cartofi şi legume, pireu, budinci

Tabelul 34

Asortimentul aproximativ de produse (în g) în dieta fără limitarea proteinelor pentru copiii de vîrstă școlară cu IRC

Produsele	masa, g bruto/neto	Proteine, g	Grăsimi, g	Glucide, g	Valoarea calorică, kcal
Lapte	500	14,0	16,0	23,5	290,0
Brînză	46/45	0,81	0,27	0,67	38,7
Smîntînă	15	0,39	4,5	0,42	183,9
Pește	55/50	8,75	0,3	—	37,5
Carne	150/106	21,42	7,42	—	152,6
Ouă	50/41	5,21	4,72	0,2	64,4
Pîine fără sare	200	16,0	6,9	99,8	501,6
Făină de grîu	10	1,06	0,13	7,32	32,9
Paste făinoase	10	1,07	0,13	7,42	33,3
Crupe	45	4,63	0,59	47,88	148,0
Păstăioase	5	—	0,06	2,25	15,87
Amidon	5	0,005	—	3,98	16,45
Zahăr	70	0	0	69,86	261,8
Unt	45	0,58	32,6	0,4	297,0
Ulei vegetal	10	0	9,99	—	89,9
Cartofi	300/216	4,32	0,216	42,6	179,28
Legume diferite	230/184	3,14	0,03	12,12	59,32
Fructe proaspete	200/176	0,7	—	19,89	81,0
Fructe uscate	10	0,32	—	6,8	27,3
Drojdii	8	1,0	0,03	0,38	6,8
Ceai	0,2	0,04	—	0,01	0,02
Cafea	3,0				
In total	84,33	83,89	345,65		2517,69

Tabelul 35

Asortimentul aproximativ de produse (în g) cu limitarea moderată a proteinelor pentru copiii bolnavi de IRC

Produsele	Masa, g bruto/neto	Proteine, g	Grăsimi, g	Glucide, g	Valoarea cal, kcal
Lapte	400	11,2	12,8	18,8	232,0
Smîntînă	22	0,52	6,0	0,56	58,6
Ouă	50/41	5,21	4,72	0,29	64,4
Pîine fără sare	200	16,0	6,9	99,8	501,6
Amidon	5	0,005	—	3,98	14,95
Crupe	50	4,94	0,86	36,54	162,52
Făină de grîu	10	1,06	0,13	7,32	32,9
Zahăr	70	—	—	69,86	201,8
Unt	60	0,77	43,47	0,53	396,1
Ulei vegetal	15	0	14,99	—	134,8
Cartofi	300/216	4,32	0,216	42,6	179,28
Legume diferite	250/200	3,36	0,04	13,6	66,0
Fructe proaspete	200/176	0,7	—	19,89	81,0
Fructe uscate	10	0,32	—	6,8	27,3
Sucuri	200	1,0	—	23,4	94,0
Drojdii	8	1,0	0,03	0,33	6,8
Ceai	0,2	0,04	—	0,01	0,02
Cafea	3,0				
In total:		50,38	90,13	344,35	2314,84

din crupe, orez cu legume sau fructe, paste făinoase, terciuri.

Felul trei: fructe proaspete şi conservate, compoturi, chisel, sucuri, băuturi din lămîie, măceş, şerbet ş. a. m. d.

La gustarea dintre prînz şi cină: fructe, sucuri, lapte sau produse acidolactice, cartofi copţi cu unt, mere coapte cu zahăr ş. a. m. d.

La cină: bucate din brînză, clătite, paste făinoase cu brînză, vinegretă, terciuri, prăjituri.

O astfel de alimentaţie se face după ultima acutizare timp îndelungat (1 an). De aceea o atenţie anumită trebuie acordată calităţii şi prelucrării culinaro-tehnologice a produselor, ameliorării calităţii gustative a produselor. Lărgirea treptată a raţiei este o «antrenare» şi pregătire a bolnavului pentru condiţiile casnice.

Insuficienţa renală cronică. Insuficienţa renală cronică (IRC) este un sfîrşit neprielnic al bolilor dobîndite şi congenitale ale rinichilor şi căilor de excreţie a urinei. IRC se caracterizează prin hiperazotemie, dereglări ale metabolis-

mului, hidroelectrolitic, acidoză, osteopatie sau osteodistrofie. În corespundere cu manifestările enumerate și existența hipertensiei arteriale, dietoterapia IRC trebuie să acționeze antiazotic și antiacidic, să corecteze hipokaliemia, hipokalciemia și alte dereglări metabolice.

Valoarea calorică a rației se menține în limita 2400—2800 kcal pe contul sporirii cantității de grăsimi și glucide. În asortimentul produselor acestei diete se introduc produse biologic valoroase: ouă de găină, unt, smîntînă. Componența aminoacidică a dietei se completează prin introducerea în rație a unei cantități relativ mari de cartofi.

O condiție importantă pentru acțiunea efectivă a dietelor cu cantități mici de proteine este mărirea valorii calorice a rației pe baza introducerii în meniu a produselor speciale fără proteine, dar cu valoare calorică înaltă, preparate din amidonul culturilor graminee și amidonul amilopectinic (pîine aproteică, paste făinoase). Introducerea acestor produse în alimentația dietetică pentru bolnavii cu IRC, permite varierea meniului, ameliorarea calităților gustative a bucatelor și mărirea valorii calorice a alimentației reale.

În scopul măririi valorii calorice a rației unor bolnavi se indică chisel Borst în volum mic 100—150 ml pe zi, înghețată și bile din zahăr și unt.

Hrana pentru bolnavi se prepară fără sare. Dar în lipsa hipertoniei, edemațiilor și azotemiei considerabile, în scopul ameliorării funcției rinichilor și în cazul pierderii sării sau pierderii extrarenale a natriului (vome, diarei), în hrană se adaugă clorid de natriu, 8—10 g pe zi. Dacă începe o acidoză metabolică, natriul se recomandă a fi introdus în organism în formă de bicarbonat sau citrat.

În felul întîi (vegetarian) se recomandă folosirea diverselor sucuri de fructe, condimente din ceapă și usturoi. Mai jos e prezentat asortimentul de produse al dietei cu limitare bruscă a proteinelor (tabelul 36).

Valoarea biologică comparată a dietelor cu nivel diferit de proteine e prezentată în tabelul 37.

Scanned with OKEN Scanner

Tabelul 36

Asortimentul aproximativ de produse cu limitarea bruscă a proteinelor pentru copiii bolnavi de IRC

Produsele	Masa, g bruto/neto	Proteine, g	Grăsimi, g	Glucide, g	Valoarea cal, kcal
Lapte	50	1,4	1,6	2,35	30,5
Smîntînă	25	0,65	7,5	0,7	73,25
Ouă	50/41	5,21	4,72	0,29	64,4
Pîine cu cantitate mică de proteine	100	0,7	2,5	58,9	247,0
Amidon	2	0,002	—	1,6	5,98
Crupă de griş	5	0,56	0,04	18,32	16,3
Orez	15	1,05	0,09	11,62	48,45
Mei	5	0,6	0,15	3,47	16,7
Produse cu cantităţi mici de proteine: crupe,	5	0,04	—	4,2	15,9
paste făinoase,	5	0,04	—	4,2	15,9
sago	20	0,16	—	17,8	72,0
Făină de grîu	1	0,1	0,01	0,73	3,29
Zahăr	100	—	—	99,83	374,3
Produse de cofetărie	30	0,03	0,03	24,27	104,4
Unt	100	1,3	72,5	0,9	661,0
Ulei vegetal	15	—	14,98	—	134,85
Cartofi	500/300	6,0	0,3	59,2	249,0
Legume: varză	50/40	0,72	—	2,16	11,2
morcov	35/28	0,35	0,02	1,96	9,24
ceapă	10/8,4	0,14	—	0,76	3,44
sfeclă	10/8	0,14	—	0,86	3,84
castraveţi	15/13	0,11	—	0,42	2,1
Fructe proaspete	200/176	0,7	—	19,89	81,0
Fructe uscate	5	0,16	—	3,4	13,65
Sucuri	200	1,0	0	23,4	94,0
Ceai	0,2	0,04	—	0,01	0,02
În total:		21,29	103,69	369,61	2397,68

Scanned with OKEN Scanner

Tabelul 37

Valoarea biologică a dietelor, folosite de copiii de vîrstă şcolară cu insuficienţă renală cronică

Dieta	Vîrsta (ani)	Proteine, g		Grăsimi, g		Glucide, g		Valoarea cal, kcal	
		pe zi	la 1 kg de gr.	pe zi	la 1 kg de gr.	pe zi	la 1 kg de gr.	pe zi	la 1 kg de gr.
Fără limitarea proteinelor	7—11	80	2,5	80	2,5	220	12	2350—2400	70—80
	11—14	96	2,5	96	2,5	350	12		
Cu limitarea moderată a proteinelor	7—11	46	1—1,5	90—100 (pînă la 130)	2,7	350	13	2200—2700	70—90
	11—14	55	1—1,5		3,0	380	13		
Cu limitarea bruscă a proteinelor	7—11	20	0,65	100	2,5	380	10—12	2400—2800	60—80
	11—14	21	0,7	130	3,0	420			

CAPITOLUL 7

TERAPIA DIETETICĂ LA DEREGLĂRILE METABOLICE EREDITARE LA COPII

Ştiinţa modernă a obţinut anumite succese în studierea bolilor genetice determinate şi a unor dereglări ereditare a metabolismului.

În timpul de faţă se cunoaşte evoluţia unora dintre aceste boli, sînt precizate particularităţile dereglărilor metabolice, sînt determinate manifestările clinice caracteristice şi căile unui tratament posibil.

Metoda cea mai raţională ar fi folosirea fermentului sau cofermentului absent care înfăptuieşte reacţiile metabolice vital importante. Dar acest tratament poate fi aplicat numai la o grupă de boli, atunci cînd există posibilitatea folosirii fermenţilor ce îndeplinesc rol de hormoni sau stimulatori. De exemplu, tireoidina se foloseşte în cazul formei ereditare a hipotireozei, vitamina B_6 — în cazul formei piridoxin-dependentă a homo cistinuriei.

Dar la tratarea altor boli din această grupă e imposibilă folosirea fermenţilor şi apare necesitatea folosirii metodelor indirecte de corecţie a dereglărilor metabolice, una dintre ele fiind terapia dietetică.

Menţionăm că aplicarea terapiei dietetice este un lucru greu şi problemele ce apar în legătură cu aceasta mai întîi de toate ţin de necesitatea diagnosticării timpurii şi recomandarea terapiei dietetice, sistematizării realizării ei în mod individual, cu un control biochimic permanent, cu o apreciere complexă a stării copilului, cu existenţa produselor dietetice specializate.

În timpul de faţă sînt formulate recomandările concrete ale tacticii medicale pentru diferite forme ale patologiei ereditare a metabolismului, sînt elaborate raţiile dietetice, e determinată schema măsurilor organizatorice pentru ajutorarea specializată a copiilor ce suferă de această patologie.

Dintre dereglările ereditare ale metabolismului la copii e studiată mai bine fenilcetonuria (FCU). Aceasta e o boală ereditară, frecventă, de care suferă 1:10000 din nou-născuţi. La baza acestei boli stă defectul biosintezei fermentului fenilalaninei, hidroxilaza, care participă la transformarea fenilalaninei în tirozină. Blocarea ereditară a acestei reacţii

conduce la acumularea în organismul copilului a cantităţilor considerabile de fenilalanină şi a produselor transformării ei anomalice (acidul fenilpiruvic, fenillactic, fenilacetic ş. a.). Ca rezultat apar schimbări în metabolismul altor aminoacizi — tirozina, triptofan, se dereglează formarea melaninei, noradrenalinei, adrenalinei, serotoninei şi a altor compuşi, fapt ce cauzează intoxicarea cronică endogenă a organismului.

Principiile terapiei dietetice a oricărei boli reies din particularităţile patogenezei.

Reieşind din particularităţile patogenezei RGU, cea mai justificată măsură este folosirea fermentului — hidroxilaza fenilalaninei care contribuie la disocierea fenilalaninei în tirozină. Spre regret, acest ferment încă n-a fost sintetizat şi tratarea pe această cale e imposibilă. Tendinţa reglării metabolismului la FCU prin administrarea tirozinei nu s-a soldat cu succes, de aceea rămîne doar o metodă de tratament, care constă în limitarea pătrunderii fenilalaninei cu hrana.

Principiul de bază al tratării FCU constă în folosirea dietei ce limitează maximal fenilalanina. În calitate de sursă principală de proteine sînt folosiţi diferiţi hidrolizanţi ai proteinelor ce conţin cantităţi minimale de fenilalanină.

Pentru fabricarea hidrolizanţilor de proteine se folosesc diverse surse: cazeină, lactalbumină, serul sangvin al vitelor cornute mari. Majoritatea hidrolizanţilor de cazeină sînt elaborate pe baza cazeinei. Acestea sînt: Timogran, Minafen (Marea Britanie), Ketonil, Lofenalac (S.U.A.), Fenildon (Olanda), Berlofen (R.D.G.), Aponti FCU 40 şi 80 (R.F.G.), Nofelman, Nofemix, Kazenilac (Polonia). Pe baza serului Hipofenat (U.R.S.S.), pe baza lactalbuminei — Fenilalanina vitelor cornute mari sînt elaborate Alibumoid XR (Austria), Hipofenat (U.R.S.S.) pe baza lactalbuminei — Fenilalanina Aivaishidrolizat (tabelul 38). Majoritatea hidrolizanţilor de proteine sînt ameliorate cu vitamine şi substanţe minerale, o parte din ele conţin grăsimi şi glucide.

Precum arată practica noastră şi cercetările efectuate peste hotare, în terapia dietetică a copiilor aflaţi în primul an de viaţă e raţional să se folosească hidrolizanţi ameliorati cu o serie de substanţe nutritive (Lofenalac, Nofemix, Minafen). Pe măsura creşterii copilului, pot fi utilizaţi hidrolizanţi ce nu conţin suplimente nutritive, dar care sînt ameliorati cu substanţe minerale şi vitamine.

Indiferent de faptul că terapia dietetică a FCU e elaborată de mult timp există încă multe probleme nerezolvate şi complicate în acest sens.

Conform datelor noastre, necesitatea minimală a nou-

Tabelul 38

Hidrolizanţii de proteine

Denumirea	Ţara	Baza proteică	Conţinutul suplimentelor nutritive
Timogran	Marea Britanie	Cazeina lactată	Grăsimi, glucide, substanţe minerale
Minafen	Marea Britanie	—"—	Grăsimi, glucide, substanţe minerale
Ketonil	S.U.A.	—"—	
Lofenalac	S.U.A.	—"—	Grăsimi, glucide, substanţe minerale, vitamine
Fenildon	Olanda	—"—	Glucide, substanţe minerale, vitamine
Aponti—FCU 40	Austria	—"—	Glucide, substanţe minerale, vitamine
Aponti—FCU 80	Austria	—"—	Substanţe minerale, vitamine
Berlofen	R.D.G.	—"—	Glucide, substanţe minerale, vitamine
Nofelan	Polonia	—"—	Substanţe minerale, vitamine
Kazelolan	Polonia	—"—	Substanţe minerale, vitamine, kaliu, natriu
Nofemix	Polonia	—"—	Grăsimi, glucide, substanţe minerale, vitamine
Alibumaid—XP	Austria	serul sangvin al vitelor cornute mari	Glucide, substanţe minerale
Hipofenat	U.R.S.S.	—"—	

Tabelul 39

Cantitatea recomandată de fenilalanină pentru copiii de diferite vîrste ce suferă de FCU

Vîrsta	Cantitatea de fenilalanină, mg/kg
Nou-născuţii	50—60
pînă la 1 an	60—40
de la 1 la 2 ani	35—30
de la 3 la 5 ani	30—25
mai mari de 5 ani	25—15

Scanned with OKEN Scanner

născuților în fenilalanină alcătuiește 60 mg/kg pe zi, pînă la 1 an — 40 mg/kg, în vîrsta de 1—2 ani — 25, mai mult de 5 ani — 25 mg/kg. Dar în fiecare caz concret doza zilnică de fenilalanină se stabilește individual în dependență de toleranța copilului față de fenilalanină (tabelul 39).

A doua întrebare, nu mai puțin importantă, este, dacă acești copii au nevoie de proteine.

Conform datelor, obținute în urma cercetărilor pe care le-am efectuat, copiilor în primul an de viață e rațional să li se dea proteine, cîte 4 g/kg pe zi. În acest caz proteinele provenite din produsele naturale trebuie să alcătuiască 20—22% din norma fiziologică de vîrstă. Cantitatea rămasă de proteine o conțin produsele curative—hidrolizanții de proteine.

Recomandațiile propuse au la bază studierea metabolismului azotic. La nivelul de proteine în dietă, egal cu 4 g/kg, gradul retenției azotului rămîne să aibă un nivel înalt (37—39%) și corespunde nivelului copiilor sănătoși, dar eficacitatea asimilării proteinei alimentare alcătuiește 88—90%. Dacă aprovizionarea cu proteine e suficientă, atunci acest lucru se observă din datele cu privire la dezvoltarea fizică a copiilor.

În legătură cu excluderea din dietă a multor produse naturale, într-o măsură mare sărăcește rația copilului, apar greutăți în asigurarea valorii calorice suficiente volumului necesar de hrană și saturației suficiente. De aceea în timpul de față în multe țări ale lumii (în S.U.A., Marea Britanie,

Tabelul 40

Rația zilnică a bolnavilor cu fenilcetonurie

Produse	cantitatea produsului (în g)	Proteine	Grăsimi	Glucide	Valoarea cal. (kcal)
		g			
Zahăr	20	—	—	19,10	78,0
Glucoză sau dextrin-maltoză	20	—	—	20,00	80,00
Unt	10	0,04	7,84	0,04	58,7
Ulei vegetal	10	—	11,25	—	87,3
Amidon de porumb	20	0,16	0,04	17,90	72,0
Suc de mere	50	0,20	—	5,85	25,0
Pireu de mere	30	0,09	—	3,45	14,4
Lapte de mamă	350	3,85	11,60	21,0	210,0
În total		4,34	29,73	86,74	625,4
«Berlofen»	24,0	19,20	—	—	71,4
În total		23,54	29,73	86,74	696,8

R.D.G., R.S.C., Polonia ş. a.) se efectuează cercetări în vederea creării produselor speciale, ce conţin puţine proteine. Dintre ele pot fi numite Maisaco, Mairan, Ţironit, Nestegril. În ţara noastră pe baza amidonului culturilor graminee sînt elaborate pîinea fără proteine, produse de cofetărie, paste făinoase, crupe mărunte (de felul grişului). Aceasta permite într-o măsură oarecare să fie mai variată raţia bolnavilor cu FCU, să fie ameliorate calităţile gustative, asigurată valoarea calorică mai înaltă şi volumul suficient de hrană.

În legătură cu excluderea din raţia bolnavilor cu FCU a majorităţii produselor de origine animală apare şi deficitul grăsimii. Sursa principală de grăsime pentru bolnavi este untul şi uleiul vegetal care conţin o cantitate suficientă de AGSN. Cantitatea totală de grăsimi în dieta bolnavilor cu FCU trebuie să alcătuiască 30—38% din valoarea energetică totală a hranei.

Componentul glucidic al dietei se corectează prin introducerea în raţie a diferitelor legume, fructe, sucuri, a zahărului şi a produselor ce conţin amidon. Cantitatea totală de glucide în dietă trebuie să alcătuiască 60—70% din valoarea energetică totală a raţiei.

Alimentaţia dietetică se întocmeşte în dependenţă de vîrsta copilului. Copiilor aflaţi în primele luni de viaţă se recomandă un amestec special, alcătuit din hidrolizanţi de proteine, zahăr-glucoză sau dextrin-maltoză, amidon de porumb, ulei vegetal şi unt. Copiii primesc proteinele naturale cu laptele mamei, cantitatea căreia e determinată în dependenţă de doza de fenilalanină zilnică permisă.

Amestecul cu hidrolizant de proteine se pregăteşte în felul următor: în apă (1/2 din cantitatea totală) se dizolvă zahărul, se lasă pînă la fierbere, se fierbe amidon de porumb, apoi se adaugă laptele, untul şi tot amestecul se fierbe timp de 1—2 minute.

În cantitatea rămasă de apă se dizolvă cantitatea necesară de hidrolizant de proteine, se fierbe 1—2 minute. Ambele soluţii se amestecă, se toarnă în fiole şi se răcesc. Cantitatea de apă se ia reieşind din volumul hranei, necesară pentru vîrsta dată cu evidenţa laptelui, sucurilor şi a altor produse lichide ce se introduc în afară de acest amestec în raţie. Numărul de alimentaţii depinde de vîrsta copilului.

Pe măsura creşterii copilului raţia lui devine mai variată. De la vîrsta de 2—3 săptămîni se introduc sucurile, de la 1—1,5 luni — merele crude rase, de la 3,5—4 luni — prima alimentaţie suplimentară: pireu de legume sau conserve din fructe şi legume, fabricate industrial pentru alimentaţia copiilor. De la 5 luni se fac două alimentaţii suplimenta-

re: terciuri din sago, care se pregătesc pe baza amestecului «Malîș». De la 6 luni în rația copilului se introduc chiseluri, pregătite din fructe și pomușoare pe baza amidonului de porumb. La această vîrstă se poate da mus din sucuri de fructe și pomușoare cu adăugirea amidonului amilopectinic.

Asortimentul de produse și valoarea nutritivă a rației pentru copiii aflați în primele 6 luni de viață sînt prezentate în tabelul 40, pentru copiii trecuți de 6 luni — în tabelul 41.

În al doilea an de viață rația copilului devine mai diversă: sago artificial poate fi folosit nu numai ca terci lactat dulce, dar și în prepararea felului întîi și doi. În dietă se introduc paste făinoase, pîine deproteinizată.

Pe măsura creșterii copilului se complică introducerea cu alimente a hidrolizantului proteic. Acest lucru se face pentru că toate preparatele folosite au un gust și miros neplăcut și se dizolvă rău în apă.

Meniul zilnic aproximativ pentru copiii de această vîrstă e prezentat în continuare.

Pentru ca hrana să nu provoace copiilor dezgust, preparatul nu se amestecă cu ea, dar se dă aparte, dizolvat în apă rece sau în suc.

Eficacitatea folosirii terapiei dietetice e apreciată după indicii nivelului de fenilalanină în serul sîngelui, după gradul dezvoltării fizice si neuropsihice a copiilor și după dinamica formării activității bioelectrice a creierului. Conținutul fenilalaninei în serul sangvin se micșorează în urma tratamentului și de obicei la a treia săptămînă atinge norma (2—7 mg%). Dar orice încălcări în dietă conduc la schimbarea nivelului lui și necesită corecții urgente în alimentația copilului.

Meniul aproximativ zilnic pentru bolnavii cu FCU în vîrsta de la 1,5—3 ani.

Primul dejun
Berlofen 20 g

Al doilea dejun
Fidea cu unt 200 (fidea 80 g, unt 20 g)
Pireu de mere 50 g (mere 75/50, zahăr 5 g)
Ceai dulce 150 g (zahăr 20 g)

Prînz

Rasolnic cu sago 150 ml (sago 7, suc de tomate 25, ulei vegetal 10, castraveți 25/23, ceapă 5/4, morcov 30/23)
Legume înăbușite 200 g (varză 100/70, cartofi 100/65, morcov 40/32, suc de tomate 15, ulei vegetal 15)

Scanned with OKEN Scanner

Suc de caise 150 ml
Pîine deproteinizată 30 g

Gustarea între prînz şi cină

Fructe (mere) 200 g
Zahăr 20 g
Berlofen 20

Cina

Icre de sfeclă (sfeclă 200/150); mere 60/39; ceapă 5/4; suc de tomate şi mere — 200 g; ulei vegetal 15; acid citric (după gust); mus de vişine 50 g (suc de vişine 50; amidon 5; zahăr 20; ceai 0,02). Componenţa chimică a raţiei: proteine — 35; 86 g 7; 86 g din ele sînt proteine de origine naturală); grăsimi — 54, 15 g; glucide 244, 0 g; valoarea calorică 1534,5 kcal; fenilalanină — 343 mg.

O atenţie mare în literatura medicinală se acordă problemei duratei alimentaţiei dietetice la bolnavii de FCU. Părerile sînt diferite. Unii autori consideră că e posibilă tratarea pînă la vîrsta de 4—6 ani, alţii — pînă la 7—8 ani. În unele tratate ştiinţifice e indicat un tratament îndelungat ce durează 18—20 de ani.

Noi am studiat starea sănătăţii copiilor în vîrstă de 5—7 ani şi 7—9 ani după încetarea tratamentului. Pe baza cercetărilor complexe cu evidenţa dezvoltării neuropsihice a copiilor şi datelor EEG am constatat că tratamentul dietetic

Tabelul 41

Raţia zilnică a copilului cu FCU după 6 luni de viaţă

Produse	Cantitatea g	Proteine,	Grăsimi, g	Glucide, g	Valoarea calorica kcal
Detolact	26	3,6	7	14	134,0
Amidon de porumb	15	0,06	—	13,5	54,5
Ulei vegetal	14	—	13,05	—	122,56
Unt	10	0,04	7,85	—	74,3
Zahăr	30	—	—	29,9	117,2
Berlofen	35	24,5	—	—	119,2
Terci din sago de 20%	150	0,42	7,27	33,2	195,6
Pireu de legume	150	2,6	14,1	20,0	20,8
Suc de mere	50	0,2	—	5,85	25,0
Pireu de mere	50	0,15	—	5,75	24,0
În total		31,5	48,4	122,2	884,8

Tabelul 42

Schema lărgirii raţiei pentru bolnavii cu FCU
(vîrsta de 6—8 ani)

Termenul Produse (săptămîni)	Cantitatea, g	Proteine, g	Fenilalanină, g	Berlofen, g
1. Fructe, legume	după pofta de mîncare			
2. Terci din amestecul «Malîş»	450—200			
din crupe: gris		3,99	199,5	
orez		4,0	200	
ovăz		4,86	243	
3. Terci cu lapte,		7,50	375	55
paste făinoase	20	6,6	330	
4. Pîine de grîu	50—130	9,88	494	40
pîine de secară	30—60	3,9	195	
5. Lapte (chefir)	50—550	15,4	770	20
6. Carne	30—80	16,2	560	0
Peşte	40	9,24	240	

poate fi întrerupt la 6—7 ani. Dar în acest caz e importantă evidenţa particularităţilor individuale ale copilului.

Raţia dietetică trebuie lărgită treptat, ţinîndu-se cont de schema următoare (tabelul 42).

La început se introduc produse cu un conţinut minimal de fenilalanină, concomitent e limitat hidrolizantul de proteine Berlofen. Apoi cantitatea de produse proteice se măreşte treptat, iar hidrolizantul de proteine se exclude din raţie. Perioada de lărgire a raţiei dietetice alcătuieşte aproximativ 2 luni.

Raţia bolnavilor care au trecut terapia specializată se deosebeşte ca asortiment de raţia copiilor sănătoşi de aceeaşi vîrstă numai prin aceea că în ea e limitată cantitatea de carne, sînt excluse brînza, ouăle. Necesitatea de proteine alcătuieşte 1,6—2 g/kg (pentru copiii în vîrstă de 6—7 ani). Cantitatea de grăsimi şi glucide corespunde normei de vîrstă.

Dintre dereglările ereditare ale metabolismului glucidelor are perspectivă în planul tratamentului prin alimentaţie dietetică **galactozemia.** Unica metodă patogenă a tratării galactozemiei este alimentaţia ce nu conţine galactoză, începînd cu prima alimentaţie a copilului. Aceasta se obţine prin excluderea din alimentaţia nou-născuţilor atît a laptelui matern, cît şi a laptelui de vacă, ce conţine lactoză, fapt ce creează

greutăţi mari în ce priveşte organizarea alimentaţiei acestor copii. De aceea în timpul de faţă se elaborează amestecuri nutritive speciale pentru aceşti copii, în special se creează produse pe bază de soia. Dintre ele fac parte Soeavali (R.D.G.), Sobi (S.U.A.), Izomil (S.U.A.), Lactopriv (R.F.G).

Dar ţinînd cont de existenţa în produsele consumate a betagalactozei folosirea lor prezintă un anumit pericol în cazul acestei boli.

Este mai binevenită crearea produselor pe baza cazeinei laptelui, lipsit de lactoză (produsele din seria Galactomin — 17, 18, 19, Marea Britanie). Şi în ţara noastră sînt create amestecuri cu cantităţi mici de lactoză — amestec de slad şi lapte cu cantitate mică de lactoză (pentru copiii mai mari de 6 luni). Sînt elaborate şi variante acidolactice ale acestor produse lichide şi în formă de pastă cu folosirea tulpinilor speciale de lactobacile.

Alimentaţia delactată constă în întrebuinţarea consecutivă (pe măsura creşterii copilului) a dietei cu folosirea amestecurilor cu cantităţi mici de lactoză şi folosirea suplimentară a produselor şi bucatelor, necesare copilului (sucuri, pireuri de fructe şi legume, gălbenuşuri de ou, ulei vegetal, unt topit, terciuri, carne, pîine).

Conţinutul substanţelor nutritive şi valoarea calorică

Tabelul 43

Raţia aproximativă a copilului cu galactozemie
(vîrsta de 7 luni)

Alimentaţia	Produsele	Cantitatea
1-a alimentaţie	Lapte cu cantitate scăzută de lactoză	200 ml
a 2-a alimentaţie	Terci lactat cu cantitate scăzută de lactoză	150 g
	Unt topit	5 g
	gălbenuş de ou	1/2
	pîine	5 g
	pireu de mere	50 g
a 3-a alimentaţie	Bulion	30 ml
	pireu de legume pe bază de lapte cu cantitate scăzută de lactoză	150 g
	ulei vegetal	5 g
	pireu de carne	30 g
	pîine	5 g
	chisel de fructe	30 ml
a 4-a alimentaţie	Lapte cu cantitate scăzută de lactoză	200 ml
	măr ras	50 g
	pesmeţi	5 g
a 5-a alimentaţie	Lapte cu cantitate scăzută de lactoză	200 ml

Scanned with OKEN Scanner

corespund pe deplin necesităţilor fiziologice ale copilului şi în acelaşi timp corespund particularităţilor metabolice ale copiilor cu galactozemie.

Precum am constatat, reieşind din practica noastră de tratare a bolnavilor cu galactozemie, succesul în multe depinde de o recomandare timpurie, chiar de la prima hrănire, a unei alimentaţii alactozice, de existenţa substituentului laptelui matern, ce nu conţine lactoză, şi de metoda alimentaţiei cu introducerea pe măsura creşterii copilului a produselor naturale, ţinîndu-se la control permanent indicii biochimici. O importanţă considerabilă o are şi profilaxia antenatală a dereglărilor metabolice la făt prin recomandarea măsurilor dietetice corespunzătoare în timpul gravidităţii, scopul cărora este limitarea pătrunderii lactozei cu hrana în organismul viitoarei mame. Raţia aproximativă a copilului cu galactozemie este prezentată în tabelul 43.

Scanned with OKEN Scanner

CAPITOLUL 8

ALIMENTAȚIA LA UNELE BOLI SOMATICE ȘI LEZIUNI ALE SISTEMULUI NERVOS CENTRAL

Alimentația dietetică la pneumonia cronică nespecifică. În cazul pneumoniei cronice nespecifice alimentația dietetică trebuie să fie balanțată în ce privește ingredienții nutritivi principali în corespundere cu vîrsta, starea alimentației și perioada bolii (acutizare, remisie).

La acutizarea pneumoniei cronice se recomandă dieta № 10 cu limitarea în hrană a sării de bucătărie (pînă la 1/3 din necesitatea zilnică) și a glucidelor (zahăr, miere, dulceață, aluat de cozonac, paste făinoase, poamă ș. a. m. d.). Dieta prezentată contribuie la micșorarea procesului inflamator în plămîni, micșorează exudarea și reținerea lichidului în organism. În cazul fenomenelor pronunțate catarale în plămîni și a dezvoltării insuficienței cardiopulmonare, volumul hranei se micșorează pînă la 1/3 din necesitatea zilnică, mai mult din contul lichidului. Hrana se dă în porții mici de 5—6 ori pe zi.

Pentru a mări forța imunologică a organismului, stimularea proceselor reparative și completarea pierderilor considerabile de proteine cu sputa, la bolnavii cu bronșectazie, în cazul stărilor febrile îndelungate, manifestărilor clinice de distrofie se recomandă dieta ce are conținut mărit de proteine complexe (enpit proteic, carne, lapte, brînză, ouă).

Cu scopul micșorării intoxicației, ameliorării metabolismului proteic, regenerării epiteliului mucoasei căilor respiratorii și a proceselor oxidante, bolnavilor se indică produse bogate în vitamine (grupa B, acid ascorbic) și săruri de fosfor, calciu, mangan, zinc și cupru.

Vitaminoterapia în cazul pneumoniei cronice nespecifice e necesară și din cauza dereglărilor imunologice care însoțesc această patologie. Dereglările pronunțate ale răspunsului imun se determină la deficitul acidului folic, pantotenic și a piridozinei.

La folosirea vitaminelor în doze mărite, acționează în sens imunologic vitaminele A, E și B_{12}. În cazul alergiei alimentare din rație se exclud produșii alergeni.

Pentru reglarea biocenozei dereglate a intestinului ca re-

zultat al terapiei antibacteriene îndelungate e raţional ca în raţie să se introducă produse acidolactice (biolact, bifilin, pastă acidofilă, lactobacterin acidolactic, chefir ş. a.).

Dacă există schimbări funcţionale ale tractului gastrointestinal (dischinezia căilor de excreţie biliară, a intestinului sau dereglării funcţionale a stomacului) în perioada acutizării pneumoniei cronice, aceşti copii nu au nevoie de o corecţie specială a terapiei dietetice, doarece fenomenele numite poartă un caracter secundar şi trec pe măsura ameliorării stării bolnavului.

În legătură cu faptul că pneumonia cronică deseori e asociată cu lezarea tractului gastrointestinal şi a căilor de excreţie biliară, dieta trebuie să corespundă cerinţelor înaintate de aceste boli. Limitarea valorii calorice totale a hranei trebuie să fie de scurtă durată (5—10 zile).

În perioada de remisie a pneumoniei cronice nespecifice copiilor se recomandă dieta № 15.

Terapia dietetică a astmului bronşic. Alimentaţia dietetică în cazul astmului bronşic depinde de forma, perioada şi gravitatea bolii. La forma atropică a astmului bronşic, deoarece printre excitanţii ce cauzează accesul, pot fi alergenţi alimentari, e indicată şi dieta hipoalergică. Principiul dietei numite constă în excluderea alergenilor absoluţi (ouă, peşte, căpşune, zmeură, portocale, mandarine, miere, nuci, caise, cafea, cacao, ciocolată), a bucatelor iuţi, produselor conservate, afumate şi a substanţelor extractive (bulionul de carne şi peşte).

Hrana se dă numai fiartă sau pregătită la aburi.

Copilul primeşte proteine în corespundere cu norma de vîrstă, cu enpit proteic, unele sorturi slabe de carne, produse lactate, soia, fasole, crupe ş. a. Dacă în geneza astmului bronşic rolul principal aparţine alergiei alimentare, atunci în perioada de acutizare a bolii cantitatea zilnică de proteine se micşorează cu 25—40% în comparaţie cu norma de vîrstă.

Grăsimile se introduc cu frişca, untul şi cu uleiul vegetal (mai bine de porumb). Ultimul trebuie să constituie nu mai puţin de 25—30% din cantitatea totală de grăsimi necesare copilului de o anumită vîrstă.

Glucidele de care are nevoie organismul se conţin în legume, fructe şi terciuri din crupe de ovăz, orez şi arpacaş. Zahărul e limitat pînă la 1/2 din necesitatea zilnică din cauza capacităţii lui de a mări hidrofilia ţesuturilor, activitatea reacţiei inflamatorii şi mobilizarea alergică a organismului.

Cantitatea de sare e limitată pînă la 3—6 g pe zi. Pen-

Scanned with OKEN Scanner

tru ameliorarea proceselor metabolice şi normalizarea permeabilităţii intestinului e necesar a introduce în raţia alimentară a copilului produse ce conţin calciu şi fosfor (lapte, brînză, fasole, carne, ficat, crupe de ovăz).

La determinarea sensibilităţii pentru un anumit produs, e raţional ca timp de 2 săptămîni acesta să fie exclus din raţia nutritivă a copilului.

Accesele grave de astm bronşic cu dispnee pronunţată sînt însoţite de pierderi considerabile de lichid, în urma cărora sputa devine vîscoasă, se elimină rău. În asemenea cazuri, pentru diluarea sputei şi ameliorarea permeabilităţii bronşice e raţional, la acordarea ajutorului urgent, să se indice copilului o cantitate suficientă de lichid sub formă de ceai şi introducerea intravenoasă a soluţiilor de glucoză, soluţie izotonică de clorură de natriu şi soluţia Ringer.

Accese frecvente de astm pot duce la dezvoltarea insuficienţei cardiopulmonare. Asemenea bolnavi au nevoie de zile de crutare, 1—2 zile, apoi alimentaţia se face cu porţii mici de 6—7 ori pe zi, valoarea calorică fiind minimală. Sarea de bucătărie e limitată brusc (nu mai mult de 1 g pe zi).

Cantitatea de lichid, consumat de aceşti bolnavi, e determinată de diureza zilei anterioare cu adăugirea pierderilor extrarenale. Pe măsura restabilirii compensării e permisă lărgirea dietei şi mărirea valorii calorice a hranei.

In perioada dintre accesele astmului bronşic alimentaţia trebuie să fie raţională cu evidenţa particularităţilor individuale şi a intoleranţei produselor alimentare.

Alimentaţia dietetică la mucoviscidoză. Mucoviscidoza e o boală gravă ereditară cu pronostic serios. Apariţia şi dezvoltarea acestei boli e cauzată de eliminarea de către o serie de glande de secreţie externă a secretului cu grad înalt de vîscozitate. Evacuarea lui stagnată duce la obturarea canalurilor de excreţie a organelor glandulare a arborelui bronşic, tractului gastrointestinal şi glandelor salivare. Condensarea secretului bronşic duce la obturarea bronşilor mărunţi, bronşiolilor, canalelor alveolare şi alveolelor.

Mucoasa schimbată dereglează activitatea epiteliului ciliar şi creează condiţii pentru retenţia şi pătrunderea infecţiei. Se dezvoltă bronşita muco-purulentă ce conduce la apariţia bronşectazelor, atelectazelor, focarelor pneumonice şi accesele. Ca rezultat al schimbărilor numite sînt pneumofibros difuz şi enfizemul ce conduce la apariţia hipertensiunii pulmonare şi formarea cordului pulmonar.

Scanned with OKEN Scanner

La lezarea tractului gastrointestinal sînt determinate următoarele pronunţări clinice: insuficienţa secreţiei externe a pancreasului, ileus meconial, prolaps rectal, ciroză multilobulară biliară a ficatului, echivalent al ileusului meconial, atrezia intestinului subţire, malabsorbţia.

Mărirea vîscozităţii secreţiei pancreatice duce la obturarea canalelor excretoare, la deformarea lor, degenerarea închistată, proliferarea ţesutului conjunctiv şi la insuficienţa funcţiei excretoare. În urma insuficienţei secreţiei externe a glandei pancreatice, scaunul devine abundent, păstos, gras, cu miros pătrunzător. Scaunul conţine grăsimi în cantităţi mari, azot, calciu şi vitamine solubile în grăsimi.

Dereglarea digestiei conduce la hipotrofie. Ileus meconial se determină cu simptome de ocluzie intestinală din prima zi de viaţă.

Prolapsul rectal apare în urma insuficienţei funcţiei exocrine a pancreasului şi scaunului des abundent, în urma meteorismului, tusei permanente, alimentaţiei insuficiente şi tonusului slab al muşchilor perineului.

Ciroza biliară multilobulară a ficatului se dezvoltă în urma diluării insuficiente a fierii care duce la acumularea secretului vîscos, dens ce obturează canalele biliare mărunte.

Echivalentul ileusului meconial—ocluzia intestinală—apare după o lună la copiii cu mucoviscidoză. Terapia dietetică la mucoviscidoză are o importanţă hotărîtoare şi particularităţile sale la asocierea dereglărilor funcţiei de secreţie externă a pancreasului şi a proceselor de absorbţie în intestin.

În funcţie de vîrsta şi modul de alimentaţie a bolnavului, evoluţia şi manifestările clinice ale bolii, hrana trebuie să fie aleasă individual. Mai ales au nevoie de corecţia alimentaţiei copiii cu un grad pronunţat de activitate al procesului inflamator şi cu formă mixtă a bolii (pulmono-intestinală). O importanţă psihologică mare pentru bolnav o are regimul liber al alimentaţiei. Hrana acestor bolnavi trebuie să fie calorică (150—200 kcal la 1 kg de greutate), bogată în proteine (4—5,0 la 1 kg de greutate), glucide, vitamine şi cu limitarea grăsimilor.

Sugacii la insuficienţa absorbţiei cu toxicoză intestinală pronunţată şi exicoză urmează regimul hidric, terapia de dezintoxicare şi alimentaţia parenterală timp de 6—18 ore. Tactica tratării acestor bolnavi în dependenţă de gradul de deshidratare e prezentată în continuare.

În cazul complicaţiilor grave cu dezvoltarea proceselor supurative în plămîni, cantitatea zilnică de proteine se măreşte (10 g la 1 kg de greutate) din contul enpitului pro-

teic, degresat, sorturilor negrase de carne, peşte, ouă şi produse lactate.

La hipoalbuminemie din cauza utilizării scăzute, pierderii albuminelor cu scaunul şi scăderea sintezei proteinelor, ultimii se introduc intravenos în formă de hidrolizant de cazeină, aminopeptid, aminocrovin, aminon, aminozol, amigen, aminoplasmol ş. a. E necesar de subliniat că unii bolnavi se simt bine dacă hrana conţine norma obişnuită de proteine.

In cazul alimentaţiei artificiale a sugacilor valoarea calorică totală se măreşte cu 50% în comparaţie cu cea a copiilor ce sînt alimentaţi natural. Copiii bolnavi de mucoviscidoză se dezvoltă mai bine dacă sînt alimentaţi cu lapte matern, nu cu alimentaţie artificială. Luînd în consideraţie necesitatea mărită în hrană a copiilor-sugaci bolnavi, în unele cazuri ei se alimentează de 7 ori pe zi.

In cazul mucoviscidozei toleranţa pentru grăsimi e micşorată. Dintre grăsimi se limitează în fond cele de origine animală. Se folosesc uleiuri vegetale, unt şi trigliceride. Micşorarea cantităţii de grăsimi în hrană se recomandă numai bolnavilor cu recidivul prolapsului rectal şi care au avut rezecţia unei porţiuni considerabile a intestinului (ileus meconial).

Trebuie menţionat că tuturor bolnavilor trebuie să li se limiteze grăsimile din hrană. Astfel, copiilor de vîrstă şcolară care primesc regulat preparatele glandei pancreatice, nu li se micşorează cantitatea de grăsimi în hrană. Ei pot, fără agravarea stării, să consume zilnic cîte 30—40 g de grăsimi.

In cazuri grave de mucoviscidoză cu dereglări ale absorbţiei grăsimilor se recomandă trigliceridele ce conţin acizi graşi cu verigă medie (caprilic, caprinic). Astfel trigliceridele obţinute din unt de cocos există în diverse preparate. Aceste grăsimi constituie o sursă de calorii şi se hidrolizează în intestin chiar în cazul activităţii scăzute a lipazei şi a concentraţiei mici de acizi biliari. Ele sînt absorbite direct prin sistemul venei portă şi pot substitui untul culinar. Acizii graşi cu verigă medie sînt deosebit de folositori copiilor sugaci în perioada însănătoşirii după infecţia căilor respiratorii sau după alte boli, însoţite de pierderea în greutate.

Trigliceridele se mai recomandă copiilor sugaci care au avut rezecţia intestinului după ileus meconial, copiilor cu recidivul prolapsului intestinal, bolnavilor cu boli cronice ale ficatului ce suferă de anorexie şi au accese de durere în abdomen.

Tratamentul e realizat treptat cu doze crescînde, care nu trebuie să depăşească un gram de trigliceride. In perioada

acutizării mucoviscidozei e rațională recomandarea produselor ce sînt surse principale de calciu (lapte, brînză, ouă) și fier (carne, ficat, limbă, crupe de hrișcă, ovăz, arpacaș, sfeclă, mere ș. a.).

Dacă bolnavii au complicații ale tractului gastrointestinal (malabsorbție, hepatită cronică, ciroză a ficatului) și de inimă, dieta trebuie să corespundă cerințelor prevăzute pentru aceste bolii.

Particularitățile alimentației în cazul bolilor sistemului cardiovascular. Alimentația dietetică în cazul bolilor sistemului cardiovascular trebuie să fie întocmită conform principiului cardiotropic, antiinflamator și desensibilizant.

Alimentația copiilor, care suferă de bolile sistemului cardiovascular, trebuie să fie complexă în ce privește conținutul proteinelor, grăsimilor, vitaminelor și substanțelor minerale. Dieta prevede conținutul optimal de proteine din contul laptelui, produselor lactate, cărnii fierte negrase, peștelui negras, ouălor. Nu se recomandă carnea animalelor tinere (viței, pui), ce conține multă purină.

La patologia dată grăsimile joacă un rol mare, fiind surse de energie pentru mușchiul cardiac. Trebuie menționat că mai mult de 30% din necesitatea zilnică de grăsimi trebuie să le constituie grăsimile vegetale (de măsline, floarea-soarelui, porumb ș. a.). Aceasta se explică prin faptul că uleiurile vegetale conțin vitaminele A, D și E și acizii grași seminesaturați ce posedă o activitate biologică înaltă și ameliorează funcția mușchiului cardiac. Alături de vitaminele numite hrana copilului trebuie să fie bogată în vitaminele C, B și vitaminele grupei B.

Vitamina C e necesară pentru formarea colagenului, care în asociere cu vitamina P inhibează activitatea gialuronidazei, micșorează permeabilitatea capilarelor, ameliorează metabolismul glucidelor și procesele fermentative în țesutul conjunctiv.

Vitamina B_1 micșorează contracțiile inimii, ameliorează circulația sangvină și contribuie la ameliorarea metabolismului glucidelor.

Trebuie consumată și o cantitate suficientă de fructe și legume, bogate în kaliu, pentru că ele asigură echilibrul acidobazic în organism, efectul diuretic și ameliorează metabolismul miocardului. Dieta trebuie să conțină cartofi, morcovi, sfeclă, caise uscate, prune uscate, stafide.

Pentru stabilirea membranelor celulare și menționarea excitabilității neuromusculare normale în cazul bolilor sistemului cardiovascular e necesară introducerea sărurilor de

Scanned with OKEN Scanner

calciu. Sursele principale de calciu sînt laptele şi produsele lactate.

Pentru a micşora reactivitatea alergică a organismului, mai ales a reumatismelor alergice, e raţional să fie limitate glucidele uşor asimilabile. Hidrofilia mărită a ţesuturilor necesită limitarea lichidului. În scopul acţiunii antiinflamatoare în perioada acută a bolii e necesar să fie limitată sarea.

Din raţie trebuie excluse produsele ce excită şi sistemul nervos central şi sistemul cardiovascular: ceaiul concentrat, cafeaua, cacaua, ciocolata, substanţele extractive (bulionurile de carne, peştele, ciupercile, bucatele afumate, condimentele, bucatele iuţi şi prăjite). Din dietă sînt excluse produsele care pot duce la meteorism (varza, mazărea, fasolea), băuturile gazoase şi grăsimile cu temperatură înaltă de topire (de oaie, porc, vită).

Alimentaţia bolnavului trebuie să fie uşor asimilabilă, neabundentă şi fracţionară, nu mai rară decît de 5—6 ori pe zi. Hrana abundentă conduce la ridicarea diafragmei, frînează lucrul inimii. Cina trebuie luată nu mai tîrziu decît cu 2—3 ore înainte de somn.

Pentru calmarea activităţii procesului şi bolnavilor cu reumocardită torpidă şi lentă fără dereglarea circulaţiei sanguine e nevoie de o dietă ce conţine o cantitate optimală de proteine, grăsimi, glucide şi o cantitate suficientă de vitamine şi săruri. Dieta numită se recomandă şi în perioada dintre accesele bolii, la existenţa viciului cardiac, iar în lipsa ultimului, copilul urmează dieta comună complexă, ameliorată cu fructe şi legume proaspete.

Toţi bolnavii de reumatism încep folosirea hormonilor steroizi cu micşorarea cantităţii de lichid, consum al sării de bucătărie şi cu mărirea cantităţii de proteine, săruri de kaliu şi calciu.

Bolnavilor ce suferă de bolile sistemului cardiovascular li se indică dieta № 10. **Pîine şi produse de panificaţie:** pîine albă şi neagră uscată, copturi şi biscuiţi uscaţi, pesmeţi albi. **Laptele şi produsele lactate** (biolact, acidofilina, chefir, bifilact acidolactic, lapte acru, brînză, frişcă şi smîntînă în bucate). **Supe:** de legume, crupe, lactate, de fructe. **Carne:** sorturi slabe de vită, curcă, găină, iepure (în stare fiartă, coaptă, pregătită la aburi, crenvurşti lactaţi, salam negras). **Peşte negras** (hec argintiu, batog, crap, şalău, biban, ştiucă, mihalţ) fierte sau pregătite la aburi. **Bucate şi garnituri din crupe şi paste făinoase:** terciuri pregătite cu lapte sau fierturi de legume, budinci şi pîrjoale din crupe, fidea fiartă, budinci din fidea, orez cu carne fiartă sau fructe, sarmale.

Legumele se consumă crude (castraveţi, roşii), fierte sau

coapte. Fructele şi pomuşoarele se consumă crude, coapte, în compoturi, chiseluri, jeleuri, în musuri din pomuşoare şi fructe proaspete sau uscate, sucuri de fructe şi pomuşoare. **Bucate dulci:** miere, marmeladă, dulceaţă, gemuri, zahăr. Salate de legume, de legume şi fructe, vinegrete cu ulei vegetal. Sosuri lactate, de smîntînă, fructe, legume. Dintre băuturi sînt admise ceaiul cu lapte, cafeaua surogat cu lapte, fierturi de măceş, fructele, pomuşoarele, sucurile de legume, compoturile, chiselurile. Untul şi uleiul vegetal se adaugă în bucate.

Alimentaţia dietetică la insuficienţa cardiovasculară cronică. Un factor considerabil în tratarea insuficienţei cardiace e dieta. Ea trebuie să contribuie la mărirea funcţiei de contracţie a miocardului şi la reglarea metabolismului hidroelectrolitic. Menţionăm că după o alimentare abundentă creşte volumul cardiac. Un asemenea efort e interzis în cazul insuficienţei cardiace. De aceea e necesar ca alimentaţia să fie luată fracţionar cu porţii mici de cîte 5—6 ori pe zi, iar valoarea calorică să fie minimală.

Alimentaţia dietetică în cazul insuficienţei circulaţiei sangvine depinde de gradul dereglării hemodinamicii. Şi dacă la gradul întîi de dereglare a circulaţiei sangvine, terapia dietetică e orientată spre ameliorarea troficii miocardului (vezi dieta № 10), atunci la dereglarea hemodinamicii în stadiul 2a, scopul terapiei dietetice este să normalizeze metabolismul hidroelectrolitic. Sînt limitate sarea de bucătărie şi lichidul. Volumul ultimului se micşorează cu 1/3 din norma de vîrstă.

În cazul dereglărilor circulaţiei în stadiul 2b—3, toată hrana se ia fără sare. Cantitatea zilnică de sare de bucătărie nu depăşeşte 1 g, iar cantitatea de lichid de dereglările hemodinamicii în stadiul 2b alcătuieşte jumătate din necesitatea zilnică a copilului. În stadiul 3 al dereglării circulaţiei sangvine cantitatea lichidului se stabileşte după diureza zilei precedente. În cazul insuficienţe cardiovasculare în stadiul 2—3 o dată-n săptămînă se fac zile de descărcare, cînd se consumă doar lactate, brînză, chefir, fructe, legume. Laptele şi produsele lactate se asimilează uşor, conţin o cantitate suficientă de calciu şi fosfor, micşorează acidoza în organism şi provoacă diureza, deoarece în procesul asimilării lor de către organism se formează ureea, ce posedă o acţiune diuretică puternică. Pentru mărirea acţiunii diuretice laptele se bea cald şi în porţii mici (50—100 ml) peste fiecare 2—3 ore.

Dietele de fructe şi legume, recomandate pentru 2—3 zi-

le, limitează brusc pătrunderea în organism a sărurilor de natriu, şi fac ca în organism să predomine valenţele alcaline asupra celor acide. Acestea sînt şi surse de vitamine C, P, de săruri de kaliu şi de alte substanţe minerale.

Copiilor ce suferă de insuficienţa cardiovasculară cronică în stadiul 2b—3, se indică dieta № 10a. Scopul acesteia este de a contribui la restabilirea hemodinamicii dereglate, de a normaliza metabolismul hidroelectrolitic şi de a cruţa organele digestive şi rinichii.

Caracteristica generală. În dietă sînt limitate sarea de bucătărie, lichidul, substanţele nutritive ce excită sistemul nervos central şi cardiovascular, ficatul şi rinichii, acele ce provoacă meteorismul. Dieta e ameliorată cu vitamine, săruri de kaliu şi substanţe lipotropice.

Prepararea culinară: hrana se pregăteşte la aburi sau se fierbe, e pregătită fără sare, se trece prin sită.

Bucatele şi produsele recomandate: pîine albă fără sare, biscuiţi uscaţi; sorturi slabe de carne şi peşte pregătite la aburi sau fierte (sufleu de carne, perişoare, pîrjoale); legume fierte şi înăbuşite (dovlecei, bostan, morcov, cartofi, conopidă, sfeclă, cartofi copţi); terciuri lactate trecute prin sită, Lapte, chefir, lapte acru, brînză trecută prin sită, frişcă şi smîntînă în bucate, unt, ouă în bucate, omletă pregătită la aburi, ouă moi. Fructe şi pomuşoare proaspete şi uscate, miere, dulceaţă, zahăr, marmeladă, caramelă. În cantităţi mici se consumă sucuri de fructe, pomuşoare şi legume, compoturi, jeleu, fiertură de măceş, ceai.

Sînt interzise: condimentele iuţi, mirodeniile, gustările, bucatele afumate, marinatele, păstăioasele, cafeaua, cacaua, băuturile gazoase, prăjiturile, torturile.

Alimentaţia copiilor cu patologie neurologică diversă. În condiţii de staţionar se indică dieta № 5.

Scopul dietei este de a asigura alimentaţia complexă a copilului, de a acţiona pozitiv asupra mecanismului neuroreglator, de a micşora excitabilitatea sistemului nervos, de a micşora efortul asupra organelor tractului gastrointestinal şi asupra sistemului cardiovascular.

Caracteristica dietei. Dieta conţine o cantitate mărită de proteine, o cantitate suficientă de grăsimi şi glucide. E indicată adăugirea suplimentară a preparatelor de calciu, a vitaminelor din grupa B şi C şi limitarea sării de bucătărie în raţia bolnavilor, care au edemaţierea creierului.

Terapia dietetică prevede limitarea bucatelor ce conţin substanţe extractive şi uleiuri eterice (bulionuri concentrate

Scanned with OKEN Scanner

de carne, peşte, ciuperci, usturoi, ridiche, muştar, condimente), băuturi excitante (ceai concentrat, cafea, cacao).

Alimentaţia dietetică în cazul bolilor cu leziunea sistemului nervos central e bine să se facă cu o evidenţă a perioadei de boală a vîrstei copilului, caracterului bolii. Copiii ce suferă evoluţii grave în perioadele acute ale bolii cu simptome pronunţate de meningită, encefalită şi pierderea cunoştinţei în primele zile sînt alimentaţi parienteral şi rectal (după clismă evacuatoare) cu introducerea soluţiei de glucoză de 5%, hidrolizanţilor de proteine şi a emulsiilor grăsoase.

Copiii sugaci ce suferă de meningite, meningoencefalite cu intoxicaţie pronunţată şi dereglări gastrointestinale în primele zile respectă regimul hidric pentru 6—12 ore cu alimentaţia parienterală intensificată şi ulterior cu alimentaţie dozată. Numărul alimentaţiilor creşte pînă la 8—10 ori pe zi şi corespunzător se micşorează cantitatea de hrană la o alimentaţie — pînă la 80—50 ml. Cantitatea de hrană care lipseşte e substituită cu lichid. La ameliorarea stării copilului dieta devine mai variată şi spre sfîrşitul săptămînii se trece la raţia de vîrstă cruţătoare.

Copiilor sugaci se recomandă laptele de mamă sau amestecurile lactate adaptate («Maliutca», «Malîş», «Vitalact», «Detalact», «Semilact» ş. a.) cu introducerea treptată a suplimentelor nutritive şi alimentaţiilor suplimentare conform vîrstei copilului. Copiilor de vîrstă şcolară şi preşcolară în perioada acută a bolii dieta li se lărgeşte mai repede pe măsura ameliorării stării bolnavilor, şi se apropie de normativele de vîrstă.

La folosirea hormonilor corticosterozi în tratarea diferitelor leziuni ale sistemului nervos central din cauza dereglării metabolismului hidroelectrolitic şi proteic li se recomandă hrană bogată în proteine şi săruri de kaliu (produse lactate, carne, peşte, ouă, banane, caise uscate, mere, piersici, stafide, cartofi copţi, terciuri de hrişcă şi ovăz ş. a.).

In caz de stări convulsive îndelungate la copii se determină devierea pH spre alcaloză. In aceste cazuri pentru corecţia echilibrului acido-bazic alături de introducerea acidului ascorbic se foloseşte hrana ce conţine o cantitate mărită de grăsimi şi proteine şi o cantitate limitată de glucide. In cazurile acidozei, din contra, alături de introducerea soluţiei de 4,5% de bicarbonat de natriu se măreşte conţinutul de glucide în hrană din contul sucurilor, legumelor şi pomuşoarelor.

In cazul existenţei sindromului hipertensic, concomitent

cu terapia medicamentoasă de dehidratare, copilul primeşte şi o cantitate suficientă de lichid şi se limitează sarea în hrană. Deoarece la aceşti bolnavi e pronunţată hipernatriemia, infuziile le constituie soluţiile fără electroliţi (soluţie de glucoză).

La tulburarea actului de deglutiţie hrana lichidă (enpitele proteic, grăsos, acidofil, biolactul, chefirul, laptele) se introduc prin sondă. Dacă copilul e în cunoştinţă şi actul deglutiţiei nu e dereglat — el trebuie să primească alimentaţie complexă enteral, bogată în vitamine şi substanţe minerale ce conţin o cantitate normală de grăsimi, glucide şi să i se mărească cantitatea de proteine.

Glucidele joacă un rol important în menţinerea stării funcţionale a SNC. La dereglarea metabolismului glucidic mai întîi apar dereglări funcţionale, iar apoi şi organice, în sistemul nervos central.

Un rol important în reglarea metabolismului glucidic îl joacă vitaminele din grupa B, şi mai ales B_1, care participă în decarboxilarea acidului piruvic, acumularea căruia duce la dereglarea proceselor de transmisie a impulsurilor nervoase din cauza frînării sintezei acetil-colinei. De aceea, alături de introducerea suplimentară a vitaminei B_1, e raţională includerea în raţia copilului şi a produselor care sînt surse principale ale vitaminei B_1: mazăre, crupe de mei, hrişcă, ovăz, drojdii, pîine de secară ş. a.

În caz de intoxicaţie şi de tendinţă convulsivă e indicată piridoxina (vitamina B_6), care asigură metabolismul proteic, ia parte la metabolismul fosfolipidelor şi acizilor graşi, la utilizarea colesterinei, în transportul şi descompunerea lipoproteidelor. Deficitul vitaminei B_6 poate fi compensat prin introducerea în dietă a produselor bogate în această vitamină (bostan, sfeclă, soia, pîine din tărîţe, produse ale mării ş. a.).

În organismul copilului vitamina C nu se sintetizează şi nu se acumulează, de aceea ea trebuie să pătrundă regulat cu hrana. Sursele principale de vitamina C sînt hrana vegetală, unele fructe, măceşul, citruşii, coarnele, pomuşoarele (coacăza neagră, zmeura, agrişul) şi legumele (ardeiul dulce, roşiile, spanacul, mazărea verde) şi ele trebuie introduse în raţia alimentară a copiilor ce suferă de boli psihoneurologice, dar trebuie să se ia în considerare că hipervitaminoza C conduce la mărirea excitabilităţii sistemului nervos central.

La miopatii sînt prezente dereglările multor forme ale metabolismului. În legătură cu asta, alături de folosirea substanţelor medicamentoase ce acţionează asupra metabo-

Scanned with OKEN Scanner

lismului muscular, acestor copii li se aplică şi terapia dietetică corespunzătoare. Alimentaţia dietetică la miopatii are scopul de a compensa deficitul de proteine, de a preîntîmpina dezvoltarea distrofiei lipidice şi lichidarea dereglărilor în metabolismul glucidic.

Conţinutul proteinelor în raţia zilnică se măreşte cu 35—40% din contul laptelui proaspăt, produselor lactate, enpitului proteic, sorturilor slabe de peşte (şalău, batog, ştiucă, mihalţ, crap ş. a.) şi carne (pui, viţel).

Grăsimile se limitează cu 13—17%, pentru că la majoritatea bolnavilor cu miopatii este atestată dereglarea metabolismului colesterinei. Grăsimile admise acestora sînt uleiul vegetal şi untul.

Micşorarea glucidelor cu 30—35% în comparaţie cu necesităţile de vîrstă ale copilului se face pe baza limitării în dietă a glucidelor simple (zahăr, dulceaţă, bomboane şi alte produse de cofetărie). Copiilor li se dă miere în cantităţi nelimitate. Ea e bogată în fructoză, iar fructoza se asimilează bine şi acţionează asupra proceselor de glicoliză în organism.

Pentru ameliorarea hranei cu vitamine bolnavilor li se dau în cantităţi nelimitate fructe şi legume. În scopul preîntîmpinării infiltrării grăsoase a organelor şi ţesuturilor se folosesc produse ce conţin o cantitate mare de magneziu şi vitamine din grupa B (tărîţe de grîu, adăugate în terciuri, pîine din tărîţe de grîu, crupe de ovăz, mei, hrişcă, morcov, drojdii ş. a.).

Scanned with OKEN Scanner

CAPITOLUL 9

ALIMENTAȚIA ÎN CAZUL BOLILOR INFECȚIOASE ACUTE

Alimentația în cazul bolilor respiratorii acute. Dieta bolnavilor cu boli respiratorii acute trebuie să fie complexă, bogată în vitamine, substanțe minerale și să corespundă necesităților de vîrstă ale copilului. În cazul bolilor respiratorii acute, de obicei, se accelerează metabolismul care e însoțit de descompunerea proteinelor țesutului. Accelerarea proceselor metabolice conduce la dereglarea utilizării proteinelor. De aceea din primele zile trebuie indicată o alimentație rațională.

La sugaci bolile respiratorii acute se desfășoară de obicei grav și deseori sînt însoțite de intoxicație. În aceste cazuri suferă toate formele de metabolism și mai întîi de toate metabolismul hidroelectrolitic. În perioada acută cu temperatură înaltă pentru eliminarea mai rapidă a toxinelor din organism în primul rînd e necesar a se asigura o cantitate suficientă de lichid: apă fiartă, ceai cu lămîie, fiertură de măceș, soluție de 5% de glucoză, sucuri de fructe, pireu din fructe și pomușoare. Dar nu se recomandă să i se dea o cantitate mare de lichid, deoarece la temperatura înaltă e frînată eliminarea sărurilor, se dereglează echilibrul acido-bazic și distribuirea apei între celule și spațiile intercelulare. Luînd în considerație posibilitatea dezvoltării hipernatriemiei în cazurile grave și de gravitate medie a bolii în perioada acută e necesară limitarea cantității de sare de bucătărie.

În cazul bolilor febrile se determină o scădere oarecare a funcțiilor secretoare și fermentative ale glandelor digestive. De aceea cea mai bună hrană pentru copii în primul an de viață este laptele matern sau amestecurile acidolactice («Maliutca» și «Malîș» acidofile, «Vitalact» acidofil, bifidumbacterină, acidolactică, acidofilină, biolact, chefir ș. a.).

Copiilor mai mari la temperaturi înalte li se recomandă pentru început dieta lacto-glucidică (chefir, brînză, lapte, terciuri, pireuri de legume și mere, supe trecute prin sită, jeleu).

În perioada acută a bolii cu toxicoză pronunțată se reco-

mandă diete cruţătoare care sînt alcătuite din hrană lichidă şi semilichidă. Alimentaţia copilului trebuie redusă cu 1/3—1/2 din volumul normal pentru un timp scurt. În primele 2—3 zile e necesar să fie hrănit fracţionar şi mai des ca de obicei (peste 2,5—3 ore). Se admite flămînzirea de scurtă durată şi dacă copilul nu vrea să mănînce nu trebuie forţat s-o facă.

Cînd copilul are dureri în gît şi disfagie în cazul stomatitelor hrana trebuie să fie lichidă şi semilichidă, neiute, nesărată şi neacră. La pseudocrup intern se dă lapte cald cu bicarbonat de sodiu sau lapte în jumătate cu borjom, deoarece acesta ameliorează eliminarea sputei. Dacă copilul tuşeşte lui nu i se dau sucuri acre sau prea acre, pesmeţi, biscuiţi. Din cauza fenomenelor catarale şi agravarea respiraţiei copiii sug rău, sînt neliniştiţi în timpul alimentaţiei, deseori le este dereglat somnul şi întregul regim.

Înainte de alimentaţie, atunci cînd e înfundat nasul, se curăţă canalele nazale ca să amelioreze respiraţia şi copilul să poată suge pieptul. Dacă asta nu ajută, el e hrănit cu lapte stors, dar nu mult timp, pentru că copiii se deprind cu sticluţa din care sug uşor şi refuză pieptul.

Bolile respiratorii acute se pot desfăşura cu dereglări dispeptice: regurgitaţie, vome rare (de 2—3 ori pe zi), scaun lichid (de 6—8 ori pe zi) cu mucozităţi. În asemenea cazuri alimentaţia copiilor cu infecţii virotice are loc ca şi în cazul infecţiei intestinale de altă etiologie şi depinde de gradul de deshidratare.

La pareza intestinului şi la deficitul de săruri de kaliu se recomandă produse ce conţin kaliu: fiertură de caise uscate, prune uscate, stafide ş. a. În cazul complicaţiilor cu encefalite şi meningite alimentaţia trebuie să fie complexă, calorică şi să conţină o cantitate suficientă de vitamine; bucatele iuţi şi excitanţii, precum cafeaua, ceaiul concentrat se exclud.

Dacă starea copilului suferă puţin şi pofta de mîncare e bună, regimul alimentar şi volumul hranei pot fi aceleaşi ca şi la copiii sănătoşi. În perioada de însănătoşire, mai ales după evoluţia trenantă a bolii, cantitatea de proteine în raţie trebuie să fie mărită din contul gălbenuşului, cărnii, peştelui, brînzei, enpitului proteic.

Pentru ameliorarea poftei de mîncare copiilor li se dă bulion concentrat, fierturi de legume, sucuri de fructe şi pomuşoare. Sînt foarte folositoare produsele acidolactice (chefir, biolact, amestecuri acidofile). Ele se absorb şi se asimilează uşor de către organism, necesită pentru digestie mai puţine sucuri digestive decît laptele, normalizează flora mic-

robiană a intestinului, măresc pofta de mîncare, lucru foarte important în cazurile acestor boli.

În timpul bolii și în perioada de însănătoșire copiii au necesitatea mai multor vitamine, de aceea se recomandă suplimentar la rația obișnuită sucuri de fructe, pomușoare și legume, preparatele vitaminelor C, A, P, grupei B.

În perioada izbucnirii bolilor infecțioase acute preparatele din vitamine (mai ales din vitamina C) și ameliorarea hranei copilului cu fructe și legume este una din metodele de profilaxie a bolii.

Terapia dietetică în cazul pneumoniilor acute. Alimentația corectă și introducerea cantității suficiente de lichid au o importanță mare pentru bolnavii cu pneumonii. Alimentația dietetică a copiilor ce suferă de pneumonii acute depinde de vîrsta copilului, forma alimentației, forma și stadiul bolii (momentul culminant, perioada de însănătoșire).

În cazul formelor grave de pneumonii cu insuficiență respiratoare acută, copiii nou-născuți și prematuri, care sînt alimentați natural, trebuie hrăniți din linguriță cu lapte stors, uneori — cu pipeta.

Procesul suptului mărește gradul de insuficiență respiratorie. Dacă funcțiile suptului și deglutiției sînt dereglate, atunci, pentru preîntîmpinarea aspirației, laptele se introduce prin sondă de polietilenă.

Copiii aflați în primele luni de viață și care sînt alimentați artificial trebuie asigurați pentru 3—5 zile cu lapte stors. În cazul lipsei lui sînt recomandate amestecurile adaptate («Maliutca», «Malîș», «Detalact», «Similact» ș. a.).

Cantitatea zilnică a hranei, precum și volumul unei alimentații se micșorează în dependență de gravitatea stării sănătății copilului. Astfel, în primele zile de evoluție gravă a pneumoniei cu temperatură înaltă, cu simptome pronunțate de intoxicație și insuficiență respiratorie cu prezența regurgitației și vomei, volumul hranei se micșorează pînă la 1/2—2/3 din volumul zilnic și pentru 1—2 zile se indică lapte matern stors cu doze fracționare pînă la 8—10 ori pe zi.

În perioada de toxicoză nu se dă alimentație suplimentară. Cînd alimentația enterală este limitată din cauza gravității stării copilului pentru substituirea necesităților lui energetice se recomandă alimentația parenterală. Pentru aceasta se folosesc: soluții de glucoză, emulsii, grăsoase, hidrolizanți de proteine și amestecuri aminoacidice. Trebuie de menționat că pînă nu demult se credea că sînt periculoase emulsiile grăsoase introduse parenteral, pentru că ele se depun în țesutul pulmonar și agravează oxigenarea organismu-

lui. Dar cercetările din ultimii ani au dovedit că introducerea soluției de lipofundin de 20% în doză de 0,5 g/kg cu viteza de 5 ml pe oră nu prezintă nici un pericol. Odată cu ameliorarea stării copilului, se trece treptat la regimul obișnuit de alimentație.

Hrana trebuie să fie ușor asimilabilă, complexă conform componenței ingredienților și să aibă valoare calorică, să fie fină după consistență, pregătită gustos și cantitatea consumată trebuie să corespundă vîrstei copilului.

Copiii aflați în primul an de viață, în afară de laptele matern și de amestecurile lactate, primesc și o cantitate suficientă de lichid în formă de ceai cu lămîie, fiertură de măceș, coacăză neagră, soluție de glucoză de 5%, soluție Ringer, sucuri de fructe și legume. Dar cantitatea zilnică de lichid nu trebuie să depășească 1/3 din cantitatea zilnică de hrană (fără lichidul întrebuințat cu hrana).

Mama care alăptează copilul trebuie să fie asigurată cu alimentație diversă, ce conține o cantitate suficientă de proteine, grăsimi, glucide, vitamine și substanțe minerale.

Copiii trecuți de un an în perioadele acute de pneumonie trebuie să consume o hrană ușor asimilabilă care să conțină o cantitate suficientă de proteine, grăsimi, glucide, vitamine și substanțe minerale (calciu, fosfor, mangan). Suplimentar la rația alimentară copiilor de vîrstă școlară li se indică lichid (soluții glucozo-electrolitice, morsuri, sucuri, ceai cu lămîie).

În perioada de reconvalescență pentru stimularea proceselor reparative, de producție a anticorpilor, de preîntîmpinare a reacției secundare posibile a antibioticelor și preparatelor sulfanilamide asupra tractului gastrointestinal și leucopoiezei e rațional să se mărească cantitatea de proteine și vitamine (A, E, C, grupa B) în rația zilnică a copilului.

Terapia dietetică a pneumoniilor stafilococice. In cazul pneumoniilor distructive stafilococice, în legătură cu pierderea proteinelor cu puroiul, accelerarea catabolismului și deregla-rea funcției de formare a proteinelor în ficat, e bine ca rația copilului să fie ameliorată cu proteine. Copiilor care suferă de această patologie e necesar să li se mărească cantitatea de proteine de origine animală în rația zilnică cu 10—15% (din norma de vîrstă).

Introducerea suplimentară a proteinelor e indicată și în scopul activizării proceselor imunologice. Proteinele se introduc de obicei din contul enpitului proteic și al amestecurilor acidolactice («Maliutca», «Malîș», acidofile, acidofilină, «Vitalact» acidofil, chefir, bifidumbacterin acidolactic, biolact,

lapte acru ş. a.). Folosirea produselor acidolactice preîntîmpină dezvoltarea disbacteriozei la această grupă de bolnavi.

În terapia dietetică a bolnavilor cu pneumonie stafilococică e necesară limitarea pătrunderii glucidelor, deoarece abuzul lor face să crească stafilococul patogen. Hrana trebuie să conţină în cantităţi suficiente grăsimi şi vitamine.

În stările de comă şi sopor, cu prezenţa vomelor incoercibile şi pareza intestinului ce duc la deshidratarea şi dereglări electrolitice, toxicoză pronunţată, hipertermie stabilă, dereglări dispeptice, copilul este trecut la alimentaţia parenterală completă.

Cînd în procesul infecţiei stafilococice se dezvoltă anemia, terapia dietetică include produse bogate în fier (enpit antianemic, carne, ficat, limbă, ouă, piersici, mere, sfeclă, crupe de hrişcă, ovăz, arpacaş).

Cînd e prezentă şi hipotrofia, terapia dietetică se face în funcţie de gradul de hipotrofie.

Alimentaţia în cazul infecţiilor intestinale acute. Infecţiile intestinale acute sînt foarte răspîndite la copiii de vîrstă antepreşcolară. La copiii aflaţi în primul an de viaţă, în legătură cu imaturitatea funcţională a tractului gastrointestinal şi concomitent cu intensificarea proceselor de creştere şi dezvoltare, evoluţia bolilor intestinale acute are o serie de particularităţi. La ei infecţiile intestinale acute deseori sînt însoţite de intoxicaţii, în rezultatul cărora se produc schimbări considerabile în activitatea multor organe şi sisteme, dereglează toate formele de metabolism şi mai ales metabolismul hidroelectrolitic şi al vitaminelor.

În organismul copiilor cu infecţii intestinale se determină insuficienţa vitaminelor C, A şi din grupa B. Schimbări care se determină în activitatea glandelor digestive, se micşorează producerea fermenţilor gastrici şi intestinali, suferă funcţia glandei pancreatice. Dereglările numite, ce apar la bolile intestinale, determină şi particularităţile alimentaţiei copilului bolnav.

La copiii aflaţi în primul an de viaţă, bolile intestinale se manifestă mai des în formă de dispepsie simplă, consecinţă a dereglării regimului alimentar: încălcarea intervalelor între alimentaţii, surplusul de hrană, necorespunderea componenţei hranei cu vîrsta copilului, introducerea rapidă a alimentaţiei suplimentare, predominarea în alimentaţie a unei anumite substanţe (în prealabil a grăsimii), supraîncălzirea copilului ş. a. m. d. Bolile intestinale sînt caracteristice mai ales pentru copiii slăbiţi, care suferă de hipotrofie, ra-

Scanned with OKEN Scanner

hitism, anemie sau care se află în primele luni de alimentaţie artificială.

În cazuri negrave ale bolii, pentru atingerea efectului curativ e de ajuns organizarea corecţiei regimului alimentar al copilului: respectarea orelor de luare a hranei, volumul normal, excluderea produselor ce nu corespund vîrstei.

În cazurile cînd boala e mai puţin pronunţată, tratarea începe cu corecţia deficitului hidroelectrolitic. De obicei pe parcursul primelor 4—6 ore are loc rehidratarea primară cu rehidron, oralit, fiertură de măceş, de stafide, amestec carotinic, fiertură de orez, ceai. Introducerea internă a lichidului începe imediat după determinarea sindromului diareic, cînd mecanismele homeostatice (setea şi funcţia rinichilor) încă nu sînt dereglate. Independent de etiologia sindromului diareic şi vîrsta bolnavilor, pentru restabilirea echilibrului hidroelectrolitic la infecţiile intestinale acute în ultimii ani se folosesc cu succes soluţii glucozo-electrolitice. Ultimele, alături de mărirea cantităţii de lichid în organism, normalizează procesele metabolice pe baza corecţiei acidozei şi a metabolismului kaliului, ce duce la ameliorarea poftei de mîncare şi restabilirea masei copilului. Volumul soluţiilor glucozo-electrolitice, necesare pentru ca să aibă loc rehidratarea primară, depinde de masa copilului şi gradul de deshidratare. Astfel la gradul întîi de deshidratare, cînd pierderea lichidului alcătuieşte mai puţin de 5% din masa corpului, rehidratarea se efectuează enteral timp de 4 ore şi deficitul lichidului alcătuieşte 40—50 ml/kg de greutate a copilului, la gravitatea medie (deficitul lichidului 6—9%) rehidratarea se face timp de 6 ore, iar deficitul calculat de lichid alcătuieşte 60—100 ml/kg).

De exemplu: copilului în vîrstă de 4 luni ce are masa corpului de 6 kg aflat la gradul întîi de deshidratare e necesar să i se introducă peroral timp de 4 ore 240—300 ml de soluţie glucozo-electrolitică: (40—50 ml)×6=240—300 ml pentru rehidratare.

Aceluiaşi copil, cu gravitate medie de deshidratare, introducem în timp de 6 ore 360—540 ml de soluţie: (60—90 ml)×6=360—540 ml. Lichidul trebuie să fie dat peste fiecare 3—5 minute în porţii mici (cîte 2—3 linguriţe), dacă există tendinţe de vomă şi regurgitate — puţin răcit.

Dacă determinarea pierderii lichidului e imposibilă (lipsa datelor despre masa copilului înainte de boală), trebuie luate în consideraţie existenţa şi gradul de pronunţare a simptomelor de deshidratare. Astfel dacă scaunul lichid are loc de 4—6 ori pe zi, vomele — 1—2 ori, setea este moderată, temperatura normală sau puţin mărită, e menţinută elastici-

tatea corpului, mucoasele sînt umede sau puţin uscate, starea ochilor e normală, atunci se constată un grad uşor de deshidratare.

În caz de gravitate medie de deshidratare copilul e neliniştit sau inhibat, setea e pronunţată, se determină vome repetate, scaunul e lichid şi frecvenţa lui e de 10 ori pe zi, elasticitatea pielii e micşorată, ochii sînt înfundaţi, lacrimile lipsesc, fontanela e mare, e deprimată, mucoasele sînt uscate, zgomotele cordului sînt asurzite, atunci se constată o tahicardie moderată, puls slab, cianoză neînsemnată, dispnee moderată, diureza e micşorată, temperatura corpului e mărită.

Dacă peste 4—5 ore de rehidratare simptomele de deshidratare dispar, se procedează la rehidratarea de întreţinere pînă cînd se normalizează scaunul şi se restabileşte metabolismul hidroelectrolitic. La deshidratarea orală de întreţinere, copilului i se introduce peste fiecare 6 ore o cantitate de soluţie glucozo-electrolitică care e egală cu lichidul pierdut de bolnav în perioada anterioară acestor 6 ore cu masele vomitate şi scaunul. Dacă evidenţa acestor pierderi e imposibilă, copilului în vîrstă de pînă la 2 ani i se dă cîte 50—100 ml, iar după 2 ani — cîte 100—200 ml de soluţie glucozo-electrolitică după fiecare defecaţie.

Soluţia glucozo-electrolitică se dă copiilor care suferă de hipotrofie în raport de 2:1 şi e alternată cu introducerea apei fierte sau a ceaiului. Dacă după rehidratarea primară la copii se menţin unele simptome de deshidratare, dar starea copilului se ameliorează, atunci în următoarele 4—6 ore lichidul se introduce cîte 50—100 ml la 1 kg de greutate.

Introducerea rehidratării orale creează posibilitatea aplicării unor noi principii de alimentaţie a copiilor în cazul bolilor gastrointestinale acute. În ultimii ani s-a dovedit că funcţia de absorbţie a intestinului copiilor care suferă de boli acute este mai mare de 60%.

În laboratoare s-a determinat că hidroliza şi absorbţia hranei are loc mai bine la animalele sătule decît la cele flămînde. Această activitate fiziologică a intestinului dictează şi necesitatea prelungirii alimentării copilului cu sindromul diareic, lucru foarte important pentru preîntîmpinarea consecinţelor dăunătoare ale flămînzirii.

Pentru că asimilarea laptelui matern în cazul infecţiilor intestinale acute nu se dereglează, copiii care se află la alimentaţie naturală şi suferă de o uşoară deshidratare trebuie să continuie să fie alimentaţi, menţionîndu-se ritmul fiziologic al alimentaţiei, de 5—6 ori pe zi, în dependenţă de vîrsta copilului.

Copiii care se află la alimentaţie mixtă şi suferă de o uşoară dehidratare nu se alăptează numai 6—8 ore.

Copiilor alimentaţi artificial li se indică repaos în alimentaţie pentru 6—8 ore, apoi li se dau amestecuri lactate: 1/2 din necesitatea zilnică.

Dacă deshidratarea e de gravitate medie independent de forma alimentaţiei, regimul hidric se realizează 8—12 ore. După regimul hidric reîncepe alimentaţia copilului. În timpul alăptării se indică cîte 3—4 alimentaţii pe zi a cîte 5 min (sau lapte stors cîte 75—100 ml de 3—4 ori), în următoarele zile se măreşte timpul de alăptare (7—8 minute, apoi — 10—12 minute şi la a 5-a zi cîte 15—20 minute; dacă copilul a fost alimentat suplimentar pînă la îmbolnăvire, începînd cu ziua a 5-a aceasta se introduce treptat (nu mai mult de 2/3 din volumul necesar). Copiii care sînt alimentaţi mixt, 1—2 zile trebuie hrăniţi numai cu lapte matern, micşorîndu-se timpul alimentaţiei pînă la 5—7 minute, iar copiii alimentaţi artificial în dependenţă de vîrstă şi de gravitatea fenomenelor dispeptice, sînt hrăniţi 1—2 zile cu lapte de donor, iar în lipsa acestei posibilităţi se indică amestecuri lactate: jumătate din necesitatea zilnică («Malîş» şi «Maliutca» acidofile, «Vitalact» acidofil, bifidumbacterină acido-lactică, «Detolact», «Robolact», «Linolac», «Biolact», chefir ş. a.) cu restabilirea ulterioară a volumului normal de alimentaţie. Produsele acidolactice, stimulînd secreţia sucului gastric, ameliorează procesele de digestie, contribuie la normalizarea florei microbiene a intestinului şi astfel accelerează procesele de însănătoşire.

După dispariţia simptomelor de deshidratare şi după restabilirea poftei de mîncare, copilului se introduc treptat aceleaşi produse şi bucate, care-i sînt necesare vîrstei.

Alimentaţia dietetică devine mai complicată atunci cînd deficitul lichidului alcătuieşte mai mult de 10%, cînd în afară de dereglările gastrointestinale apar simptome de lezare a sistemului nervos central şi vegetativ şi devieri considerabile în homeostază.

Terapia dietetică la toxicoza intestinală începe cu regimul hidric, indicat pentru 12—14 ore. Înainte de repausul hidric e de dorit să se efectueze o spălătură a stomacului cu soluţie Ringer (pînă la 1 an — 100 ml la fiecare lună de viaţă, de la 1 la 3 ani — 1,5—2 l la spălătură), lăsînd în stomac — 100—150 ml.

Lichidul pentru băut se dă cu evidenţa formei deshidratării: la deshidratarea cu deficitul apei —soluţie de glucoză de 5%, ceai cu lămîie, apă; la deficita electroliţilor — soluţie de glucoză de 10%, soluţie Ringer, soluţie de 2% de bicarbonat de

Scanned with OKEN Scanner

sodiu, «rehidron», iar împotriva hipokaliemiei — amestecul carotinic şi malic, fiertură de stafide, măceş, apă minerală. În cazul deshidratării izotopice se folosesc combinări din toate soluţiile şi cantitatea de lichid alcătuieşte 100—120 ml la 1 kg de greutate pe zi. Pentru excluderea greutăţilor şi vomelor lichidul se dă fracţionar, la fiecare 10—20 de minute prin pipetă sau din linguriţă în colţul gurii şi trebuie să aibă temperatura camerei.

După terminarea regimului hidric, copiilor pînă la 1—1,5 ani de obicei li se indică alimentaţii repetate, de 10 ori pe zi peste fiecare 2 ore (cu interval nocturn de 4 ore), cîte 10—20 ml de lapte matern sau amestec acidofil. Doza începătoare e determinată conform vîrstei copilului şi a stării sănătăţii lui. Ulterior la fiecare alimentaţie se adaugă cîte 10 ml şi alcătuieşte zilnic 100 ml. Cînd copilul e alimentat de 10 ori, nu trebuie să i se dea la o alimentaţie mai mult de 50 ml (500 ml pe zi). Apoi copilul 1—2 zile e hrănit de 8 ori pe zi cîte 70—80 ml (560—640 ml în zi), iar în următoarele zile mănîncă de 7 ori cîte 100—120 ml (700—800 ml pe zi). Apoi este alimentat de 6 ori pe zi, cîte 150 ml (900 ml pe zi), şi de 5 ori — 180—200 ml (1 l pe zi). În timpul alimentaţiei fracţionare, volumul absent de hrană se restabileşte cu băutura şi infuzia.

Cînd numărul şi volumul alimentaţiilor corespunde normei de vîrstă se introduce treptat cu intervalul de 2—3 zile alimentaţia suplimentară corespunzătoare în consecutivitate obişnuită. Enpitul proteic se introduce treptat, începînd cu 50 ml pe zi şi peste 2—3 zile volumul este de 150 ml pe zi. Durata alimentării cu enpit proteic este de 3—4 săptămîni.

În cazul deshidratării grave cu vome incoercibile, oligurie îndelungată sau anuri, însoţită de comă sau de alte complicaţii ce nu permit bolnavilor să primească lichid peroral, e necesar să se introducă soluţiile intervenos.

După detoxicare un timp îndelungat dieta trebuie să fie mecanic şi chimic cruţătoare, dar optimală conform componenţei ingredienţilor principali, vitaminelor şi a sărurilor.

O importanţă mare în alimentaţia copiilor cu infecţii intestinale o au legumele şi fructele. În componenţa unora dintre ele (morcovi, mere, banane) intră substanţe pectinice, care se îmbibează bine, legînd apa, formează o masă spumoasă şi curăţă mecanic intestinul.

Infecţiile intestinale deseori sînt însoţite de dezvoltarea hipovitaminozei, de aceea copiilor li se introduc suplimentar vitaminele A, C şi vitaminele din grupa B.

Tratarea dietetică se efectuează concomitent cu terapia curentă a infecţiilor intestinale acute.

Scanned with OKEN Scanner

Alimentaţia la infecţiile aerogene. Tusea convulsivă este o boală infecţioasă acută ce se caracterizează prin tuse periodică convulsivă. Accesul de tuse se determină cu expectoraţia sputei transparente şi a vomelor.

In cazul formelor grave numărul acceselor ajung pînă la 25—30 ori pe zi şi continuă cîte 10—15 minute. Aceasta conduce la insuficienţă a oxigenului, anorexie, pierderea în greutate, scăderea forţelor reactive ale organismului şi apariţia diferitelor complicaţii (laringite, bronşite, bronhopneumoniilor, edemaţierea creierului ş. a.). Particularităţile numite ale tusei convulsive determină greutăţile pentru terapia dietetică.

În timpul alimentaţiei copiii obosesc şi refuză hrana. De aceea copiii sugaci sînt alimentaţi peste fiecare 2—2,5 ore (10—8 ori) cu lapte stors sau alăptaţi cu sîn în porţii mici (30—50 ml). În lipsa laptelui, în dependenţă de vîrstă, se indică amestecuri lactate «Maliutca», «Malîş», «Detolact», «Vitolact», «Similact» — bifidumbacterin acidolactic, acidofilin, biolact, chefir, lapte ş. a. Copiii mai mari în cazul vomelor incoercibile sînt hrăniţi des (de 10 ori pe zi), dar în porţii mici (50—100 g). E mai bine ca copiii să fie hrăniţi după accesul de tuse sau după vome. Hrana trebuie să aibă o valoare calorică înaltă, să se asimileze uşor, să fie complexă, bogată în vitamine, să conţină o cantitate suficientă de vitamine, grăsimi şi glucide. Dereglarea tuturor formelor de metabolism, inclusiv şi a vitaminelor, atunci cînd mult timp sînt folosite antibioticele, fac vitaminoterapia în cazul tusei convulsive. Tusea convulsivă cauzează foarte repede deficitul vitaminelor C, K, A şi carotinei. Introducerea în raţia copilului a produselor bogate în vitamina C (măceş, coacăză neagră, cătină albă, zmeură, agriş, lămîie ş. a.) alături de folosirea vitaminelor C şi K contribuie la mărirea rezistenţei capilarelor, ameliorarea proceselor de coagulare a sîngelui, preîntîmpinarea şi involuţia fenomenelor hemoragice.

Vitamina A şi carotina sînt ectodermale şi contribuie la micşorarea schimbărilor inflamatorii, mai ales a căilor respiratorii. Vitamina A este un factor antiinfecţios, de aceea în scop curativ e necesară indicarea preparatelor vitaminei A şi a produselor ce conţin vitamina A şi carotina (morcovi, spanac, salate, fructe, pomuşoare, unt, lapte, gălbenuş de ou).

Hrana nu trebuie să provoace excitarea mecanică, chimică şi termică a tractului digestiv. Deci, hrana trebuie să fie caldă, lichidă sau semilichidă, să nu conţină produse şi bucate iuţi, sărate, acre sau prea dulci. Meniul unor asemenea

Scanned with OKEN Scanner

bolnavi conţine: supe trecute prin sită, terciuri, pireuri de legume, ouă moi, omlete pregătite la aburi, pireuri din sorturi negrase de carne, sufleu din sorturi negrase de peşte, chisel din sorturi dulci de fructe şi pomuşoare, lapte, chisel lactat, brînză trecută prin sită, ceai cu lapte, fiertură de măceş, sucuri de fructe.

Sînt excluse: pesmeţii, biscuiţii uscaţi, pomuşoarele cu sîmburi, condimentele iuţi, gustările, mirodeniile, marinatele, produsele afumate.

În cazul existenţei simptomelor de edemaţie a creierului se recomandă alimentaţia parenterală. Pe măsura ameliorării stării sănătăţii copiii sînt trecuţi la alimentaţia deasă, fracţionară enterală. Peste o săptămînă bolnavii reiau dieta de vîrstă.

Scarlatina este o boală infecţioasă acută ce se caracterizează prin mărirea temperaturii, intoxicaţie totală, inflamarea amigdalelor, erupţie punctiformă.

Terapia dietetică depinde de vîrsta copilului, forma şi perioada bolii. Astfel, la formele uşoare ale scarlatinei, hrana trebuie să fie complexă, să corespundă după ingredienţii nutritivi vîrstei copilului şi să fie bogată în vitamine. Dar, atunci cînd copilul are dureri în timpul deglutiţiei, în primele zile el trebuie hrănit cu porţii mici, de cîte 5—6 ori pe zi, cu hrană lichidă sau semilichidă, încălzită. Raţia zilnică conţine hrana lacto-vegetală: lapte, produse lactate, supe de legume, terciuri lichide, pireuri, compoturi, sucuri de legume şi fructe, ceai cu lămîie, fiertură de măceş. Dintre grăsimi copilului i se dau unt şi ulei vegetal.

Sînt excluse: bucatele iuţi, acre, marinatele, condimentele, mirodeniile, produsele afumate, grăsimile cu un înalt grad de topire, bucatele prăjite.

În cazul formelor toxice ale scarlatinei cu neurotoxicoză sau cu toxicoză intestinală se realizează regimul hidric pentru 6—12 ore cu dozarea ulterioară a alimentaţiei (8—10 ori pe zi) cu lapte stors sau de donor, iar în lipsa ultimului — cu amectecuri lactate în dependenţă de vîrsta copilului.

Cînd forma toxică a scarlatinei e însoţită de miocardită toxică sau **hepatită, bolnavilor li se indică zile de repaus:** copiilor după un an — de fructe şi zahăr (fructe 50 g la 1 kg, zahăr 5—10 g la 1 kg de greutate pe zi), copiilor sugaci — regim hidric cu dozarea ulterioară a alimentaţiei, în ziua următoare, în dependenţă de vîrstă, se recomandă amestecuri lactate «Maliutca», «Malîş», «Detolact», «Robolact», «Linolact», bifidumbacterin acidolactic, bifilin acidolactic, biolact, chefir ş. a. Peste 3—4 zile copilul urmează dieta complexă cu excluderea alergenilor absoluţi.

In cazul formei septice a scarlatinei, cînd boala începe cu anghină necrotică, cu peritonzilită sau abces retrofaringian, bacteremie şi metastază piemică, în raţia zilnică se măreşte cantitatea de proteine de origine animală cu 10—15% (în comparaţie cu norma) din contul enpitului proteic, cărnii, peştelui, produselor lactate.

Difteria este o boală infecţioasă acută ce se caracterizează prin inflamarea mucoaselor vestibulului faringian, a laringelui, traheei şi lezarea diferitelor organe cu formarea depunerilor fibrinoase şi fenomene de intoxicare. Alimentaţia dietetică la difterie depinde de forma bolii, locul schimbărilor, pronunţarea intoxicaţiei specifice şi caracterul complicaţiilor.

Astfel în cazul formelor uşoare ale bolii cu schimbări locale moderate, hrana trebuie să fie mecanic, chimic şi termic cruţătoare. După scăderea temperaturii şi dispariţia depunerilor, bolnavii primesc hrană complexă cu introducerea unei cantităţi mari de vitamine.

In cazul formei răspîndite, toxice a difteriei faringiene cu simptome de intoxicaţie specifică, bolnavilor li se organizează zile de fructe şi zahăr. In raţia acestor copii se introduc fructe, legume şi pomuşoare, bogate în kaliu şi vitamina C (măceş, coacăză neagră, cătină albă, caise uscate, prune uscate, stafide, suc de morcovi ş. a.). Vitamina C în organism ia parte la procesele de oxidare-restabilire, acţionează asupra funcţiei hematopoietice şi coagulării sîngelui, contribuie la stabilirea acţiunii toxinului difteric. In cazul difteriei, mai ales în cazul formelor toxice, se dezvoltă deficitul acestei vitamine, de care organismul are mare nevoie.

Cantitatea de proteine în raţia zilnică a bolnavilor ce suferă de diverse forme toxice ale difteriei se măreşte în comparaţie cu norma cu 10%, pe baza enpitului proteic, laptelui, produselor lactate, cărnii, peştelui, ouălor. Concomitent proteinele se introduc acestor bolnavi (aminon, alvezin, aminocrovin, albumin ş. a.) parenteral. Ei trebuie hrăniţi fracţionar şi mai des (peste 2,5—3 ore). Cantitatea de sare în dietă e limitată. Din alimentaţie sînt excluse produsele afumate, iuţi, sărate, substanţele extractive, cafeaua, cacaua. La miocardite alimentaţia trebuie efectuată în porţii mici, de 5—6 ori pe zi în poziţia orizontală.

In cazul complicaţiilor cu difterie însoţite de dereglarea actului de deglutiţie, apărut în urma parezelor şi paraliziei, copiii sînt alimentaţi prin sondă. In acest scop e raţional a se introduce o sondă subţire prin nas pentru a o purta permanent pînă la lichidarea dereglărilor deglutiţiei. In aceste cazuri peste fiecare 2 zile sonda se introduce în altă nară.

Scanned with OKEN Scanner

Hrana poate fi introdusă de cîte 5—6 ori pe zi în porţii mici pentru a nu provoca vomele. Hrana introdusă prin sondă trebuie să conţină toţi componenţii necesari în raporturi corecte. Alimentaţia se introduce cu seringa, instalată la capătul cateterului, ceea ce permite introducerea terciului lichid, chefirului, bulionurilor, sucurilor, gălbenuşului, untului, enpitului proteic şi grăsos, frişcăi, supei-pireu de carne.

Bolnavii ce au forme grave de polinevrită sînt alimentaţi parenteral. O importanţă mare o are organizarea alimentaţiei, mai ales alimentaţia copilului intubat. El trebuie hrănit din linguriţă cu hrană lichidă: lapte, terci de griş, ouă crude, chisel, bulion. Dacă copilul se îneacă cu alimentele, atunci e aşezat în poziţie orizontală fără pernă.

Infecţia meningococică include diverse forme clinice: de la leziuni locale ale mucoasei (nazofaringită) pînă la cele generalizate (meningococcemie şi meningoencefalită purulentă).

Alimentaţia copiilor în cazul patologiei numite trebuie să fie uşor asimilabilă, nutritivă, să conţină o cantitate suficientă de grăsimi şi glucide, o cantitate mărită de proteine de origine animală (cu 10% mai mult în comparaţie cu norma) şi a vitaminelor. Din dietă se exclud alergenii absoluţi. Pentru sugaci cea mai bună alimentaţie este laptele matern. În cazul formelor grave ale meningitei, sugacii alimentaţi natural sînt trecuţi la alimentaţia cu lapte stors pentru a exclude efortul fizic în timpul suptului în perioada primelor 2—4 zile de tratament. Pe măsura ameliorării suptului, copiii treptat sînt trecuţi la alăptare cu prelungirea timpului de alăptare.

In lipsa laptelui, copiilor aflaţi la primul an de viaţă li se recomandă amestecuri adaptate («Malîş» şi «Maliutca», acidofile, «Vitalact» acidolactic).

Copiii ce suferă de forme hipertoxice ale infecţiei meningococice pînă la ieşirea din şoc sînt alimentaţi parenteral (soluţie de 10% glucoză, alvezin «novîi», vitamine).

In lipsa cunoştinţei, bolnavul poate fi alimentat rectal de 2 ori pe zi. In acest scop se indică clisma cu soluţie de glucoză de 5%, enpite proteic şi grăsos, hidrolizaţi proteici.

După ameliorarea stării şi restabilirea cunoştinţei se aleg bucate cu evidenţa necesităţii de vîrstă în proteine, grăsimi, glucide şi vitamine.

Copiii sugaci bolnavi de meningococcemie cu toxicoză intestinală şi exicoză respectă regimul hidric pentru 6—12 ore cu dozarea ulterioară a alimentaţiei. După ziua a 3—4-a dieta se lărgeşte şi la sfîrşitul săptămînii se trece la raţia de vîrstă cruţătoare.

Scanned with OKEN Scanner

În condiţiile dezvoltării insuficienţei renale în şoc infecţios toxic, în faza anuriei din hrană sînt excluse produsele ce conţin kaliu. În asemenea cazuri se recomandă dieta de glucide şi grăsimi.

În faza poliuriei, în legătură cu pierderile considerabile ale proteinelor cu urina, apare necesitatea transfuziei plasmei, albuminei, aminopeptidei, aminocrovinei, aminonei ş. a. Se măreşte şi cantitatea proteinelor nutritive.

Terapia dietetică în perioada reconvalescenţei, după infecţia meningococică, este respectată timp de 1,5—2 luni cu excluderea condimentelor, produselor afumate, a murăturilor, bucatelor iuţi şi acre, a substanţelor extractive. Raţia alimentară se îmbogăţeşte cu vitamine (A, C, P, PP, grupa B) pe baza fructelor şi sucurilor. Dieta prevede norma fiziologică de proteine, grăsimi şi glucide, iar la existenţa schimbărilor reziduale cantitatea de proteine se schimbă puţin (cu 0,3—0,5 g la 1 kg de greutate pe zi).

Scanned with OKEN Scanner

CAPITOLUL 10

ALIMENTAŢIA COPIILOR BOLNAVI DE OBEZITATE

Obezitatea este o boală ce constă în formarea surplusului de masă a corpului pe contul acumulării grăsimii. Pericolul obezităţii este dereglarea considerabilă a proceselor metabolice, apariţia schimbărilor în sistemele nervos, cardiovascular şi endocrin.

Obezitatea contribuie la dezvoltarea piciorului plat, dilatarea venelor picioarelor, deformarea coloanei vertebrale, dezvoltarea calculilor în căile biliare şi urinare, depunerea sărurilor în articulaţii şi coloana vertebrală.

Obezitatea la copii constituie cauza aterosclerozei timpurii, hipertoniei, diabetului zaharat, ce duce la micşorarea capacităţii de muncă şi la scurtarea duratei vieţii populaţiei, creează condiţii pentru dezvoltarea bolilor metabolice la generaţiile viitoare.

În ultimii ani, pediatrii din multe ţări dezvoltate ale lumii au constatat creşterea considerabilă a numărului de copii cu obezitate. Conform datelor OMOS 10% din copii suferă de obezitate. Intr-o serie de ţări acest indice e încă mai înalt (în S.U.A. — 15%, în R.F.G. — 23—27%.

Creşte numărul copiilor obezi şi în ţara noastră. Cercetările epidemiologice speciale, realizate de Institutul alimentaţiei A.Ş.M. U.R.S.S., I.C.S. de igienă a alimentaţiei din Kiev, au arătat că dacă în anii 60 printre elevii oraşelor mari copiii obezi constituiau 5%, atunci la sfîrşitul anilor 70 ei alcătuiau 10—12%, iar în anii 80 în Moscova printre elevi numărul copiilor obezi constituia 18—25%.

Alarmează răspîndirea obezităţii şi printre copiii de vîrstă preşcolară. În instituţiile preşcolare din Kiev numărul copiilor care au surplus de greutate atinge 18%.

Factorul decisiv ce face să crească numărul de copii obezi este dezechilibrul energetic, surplusul, neraţionalitatea alimentaţiei şi activitatea motorică insuficientă a copiilor.

S-a stabilit că copiii obezi folosesc o cantitate mare de glucide: zahăr, bomboane, miere, copturi, torturi, cartofi şi grăsimi (unt, icră neagră, sorturi grase de carne şi peşte). Deosebit de repede progresează obezitatea cînd regimul ali-

mentației este incorect: supraalimentarea în orele de seară.

Un permanent factor negativ a fost folosirea incompletă a grăsimilor de origine vegetală, a fructelor și legumelor, a produselor lactate, micșorarea activității motorice a copiilor cu obezitate pînă la 12—14% din timpul zilnic (norma igienică fiind de 20%).

Independent de cauzele și formele de obezitate, metoda principală de tratare este terapia dietetică. E necesară respectarea strictă a dietei un timp îndelungat.

La baza terapiei dietetice, recomandate copiilor, care suferă de obezitate, stă principiul limitării treptate a alimentației.

Asortimentul zilnic de produse în prima etapă de tratare trebuie să asigure necesitatea de vîrstă a organismului copilului cu substanțe principale. Dar acest asortiment are particularitățile sale. Astfel, carnea de găină și peștele trebuie să fie de sorturi negrase (carne de vită de categoria a 2-a, carne de iepure, pește-batog). Din produsele lactate e de dorit să se consume chefir, brînză negrasă.

Dacă pierderea în greutate e neînsemnată, atunci peste 2 săptămîni de la începutul tratamentului e necesară trecerea la diete «moderate», limitînd valoarea calorică din contul glucidelor ușor asimilabile și a grăsimilor cu o temperatură înaltă de topire. Din asortimentul de produse pentru copiii mai mari sînt excluse pîinea albă, zahărul și dulciurile. Copiilor mici li se limitează zahărul. Prepararea culinară a produselor e obișnuită. Cantitatea de lichid și sare se recomandă conform normei de vîrstă.

Copiilor cu forme complicate, avansate de obezitate, cînd surplusul de greutate atinge 50% și mai mult în comparație cu norma, se indică diete mai stricte. Din rație sînt excluse zahărul și dulciurile, produsele de cofetărie și pastele făinoase, pîinea, biscuiții, crupele de griș, înghețata, limonada, ceaiul, poama, stafidele, cafeaua, cacaua. E limitată cantitatea de fructe și legume dulci, crupe, cartofi, smîntînă, friș-că. Hrana se fierbe, felul întîi este vegetarian.

Rația acestor copii nu trebuie să includă substanțe extractive, gustări iuți, afumate, sărate, ce ameliorează pofta de mîncare. Felul întîi se pregătește cu fiertură de legume și numai de 2 ori în săptămînă — cu bulion de carne sau pește. Garniturile pentru felul doi trebuie să fie legumele. E bine ca compoturile să fie nedulci, din fructe uscate. Bucatele prăjite și condimentele sînt excluse. Hrana se sărează puțin. E necesară limitarea cantității de lichid, de aceea copiilor nu li se permite să bea în intervalurile dintre alimentări. În afară de asta se micșorează cantitatea de lichid pentru felul

întîi și trei (pînă la 100—200 ml în felul întîi, și pînă la 50—150 ml în felul trei, în dependență de vîrstă).

Se recomandă zile de repaus. Ele se fac sub controlul strict al medicului, e de dorit să se facă în condiții de staționar. Zilele de repaus sînt recomandabile numai copiilor de vîrstă școlară superioară. E efectivă ziua de «carne», cînd copilului în timpul zilei i se dă 250 g de carne fiartă negrasă și 300 g de salată de fructe și legume fără pîine. Garnitura poate fi alcătuită din verdețuri, varză, roșii, castraveți, dovlecei, mere. Un alt exemplu de zi de «repaus»: în timpul zilei adolescentul bea 1 l de chefir (fără zahăr și pîine) — 5 ori cîte 200 g.

E foarte important să se respecte un anumit regim al alimentației. Copilul cu obezitate trebuie să mănînce la un timp anumit, nu mai puțin de 4—5 ori pe zi, cu porții mici, ca să fie lichidată senzația de foame. Cina trebuie să fie luată nu mai tîrziu de ora 19 (cu 2—3 ore înainte de somn).

Bucatele cu valoare calorică înaltă sînt consumate în prima jumătate a zilei, în perioada activității motorice maximale. Copilul nu trebuie să mănînce hrană uscată. Lichidul i se propune numai în timpul mesei.

Organismul în creștere al copilului are nevoie de proteine mai ales de origine animală. De aceea în meniul zilnic e necesar să fie introduse sorturi negrase de carne, pește, produse lactate. Laptele și produsele lactate, mai ales produsele acidolactice, trebuie să fie prezente în meniu zilnic. E folositor mai ales chefirul, brînza negrasă. Produsele din lapte ce conțin un procent mare de grăsime (frișcă, smîntînă, lapte topit, sorturi grase de brînză) trebuie date în cantități mici.

În rația alimentară trebuie prevăzute și uleiurile vegetale (de floarea-soarelui, măsline), care sînt necesare pentru organismul în creștere. Adolescenților le sînt de ajuns 10—15% de ulei pe zi. E de dorit consumul lui în formă naturală (de exemplu pentru salate).

Copiii ce suferă de obezitate nu trebuie să consume bucate ce conțin zahăr, glucoză, ușor asimilabile de organism. Iată de ce nu se recomandă fructe și sucuri conservate, ele conțin o mare cantitate de zahăr care poate fi substituit cu xilita ce e tot atît de dulce.

Deosebit de folositoare pentru copiii obezi sînt fructele și legumele proaspete și uscate, deoarece ele conțin o cantitate mare de celuloză și pectină, necesare pentru lucrul intestinului. În afară de asta legumele și fructele asigură organismul cu vitamine, substanțe minerale, au o acțiune diuretică. Dar la dieta strictă cantitatea de cartofi, păstăioase e limitată, sfecla și morcovul se fierb.

Scanned with OKEN Scanner

Suplimentele vor ajuta organizarea corectă a meniului pentru copiii de vîrstă diferită care suferă de obezitate.

Lista bucatelor recomandate

Pîine neagră în cantităţi limitate. Supe 1/2 din porţie, pregătite pe bază de bulion de legume cu diferite legume, bulion cu perişoare, zeamă de peşte.

Bucate din carne şi peşte: sorturi negrase de carne şi peşte fierte, mai rar înăbuşite sau prăjite.

Bucate şi garnituri din legume: legume crude şi fierte în componenţa diferitelor bucate, varză şi conopidă, dovlecei, castraveţi, roşii, fasole, morcovi, sfeclă, mazăre verde.

Bucatele şi garniturile din crupe, paste făinoase sînt excluse. Se permit în cantităţi mici terciurile de frişcă şi mei.

Laptele şi produsele lactate: brînză degresată, lapte, produse acidolactice.

Quă — nu mai mult de 1 pe zi, fiert sau în bucate.

Gustări — brînză neiute, salam slab, jambon slab.

Băuturi — fiertură de măceş, coacăză neagră şi fructe uscate fără zahăr.

Grăsimi — unt şi ulei vegetal în bucate.

Sînt interzise: bulionurile concentrate, grase de carne şi peşte, sorturile grase de carne (carne de porc, de oaie), peştele (paltus, somn, nisetru), bucatele afumate, iuţi, sărate, marinatele şi conservele, cafeaua, ceaiul concentrat.

Se limitează, iar pe măsura posibilităţilor sînt excluse, făinoasele şi dulciurile (pîinea albă, pastele făinoase terciurile — mai ales de griş, produsele de cofetărie, dulceaţă, îngheţată.)

E limitată şi sarea. Pentru ameliorarea gustului bucatelor se consumă 4—5 g de sare pe zi (pentru un om).

Meniul zilnic aproximativ pentru copiii de vîrstă şcolară

Dejunul

Salată din legume proaspete cu ulei vegetal — 55 g
Tocană din carne fiartă — 100 g
Hrişcă fiartă — 100,0 g
cu unt — 5,0 g
pîine neagră — 25,0 g
ceai cu lapte (zahăr 10,0 g)

Ora 11

Fiertură de măceş cu coacăză neagră — 180,0 g
Fructe proaspete — 200,0 g

Prînzul

Legume proaspete cu ulei vegetal — 55,0 g
Supă de legume — 200,0 g

Scanned with OKEN Scanner

Conopidă fiartă cu unt — 200 g sau
Carne fiartă în bucăţi — 70,0 g
Mazăre verde — 80,0 g
Varză înăbuşită — 50,0 g
Fiertură din fructe uscate fără zahăr —200,0 g
Pîine neagră — 50,0 g

Gustarea

Fiertură din fructe uscate fără zahăr — 200,0 g
Fructe — 200,0 g

Cina

Budincă de brînză fără zahăr — 150,0 g
Carne înăbuşită — 70,0 g
Morcov sau sfeclă înăbuşită în lapte — 100,0 g
Ceai cu lapte — 200,0 g (zahăr — 10,0 g)
Pîine neagră — 25,0 g

Seara tîrziu

Chefir — 200,0 g

Chiar în cazul unei alimentaţii normale limitarea activităţii musculare poate cauza obezitatea. De aceea e foarte important a se menţine un regim corect al zilei: înviorarea de dimineaţă, cultura fizică curativă, aflarea timp suficient în aer liber, plimbarea cu bicicleta, patinajul şi schiul.

Scanned with OKEN Scanner

Suplimentul 1

Energia, proteinele, grăsimile şi glucidele necesare copiilor în primul an de viaţă (pe zi)

Vîrsta, luni	Valoarea calorică, kcal	Proteine, g		Grăsimi, g			Glucide, g
		în total	incl. de origine animală	în total	incl. de origine vegetală	acid linolic, % valorii cal.	
0—3	360	9	9	21	—	4—6	39
4—6	560	21	20	40	—	4—6	91
7—12	800	34	27	46	5	4—6	120

Substanţele minerale necesare copiilor în primul an de viaţă (mg/pe zi)

Vîrsta, luni	Calciu	Fosfor	Magneziu	Fier
1—3	500	400	60	5
4—6	500	400	60	7
7—12	600	500	70	10

Vitaminele necesare copiilor în primul an de viaţă (pe zi)

Vîrsta, luni	B_1 (mg)	B2 (mg)	B_6 (mg)	B_{12} (mg)	Folacin (mkg)	Niacin (ecv)	C (mg)	A (Ec mdg)	E_t (UI)	D (UI)
1—3	0,3	0,4	0,4	0,3	40	5	30	400	5	400
4—6	0,4	0,5	0,4	0,3	40	6	35	420	5	400
7—12	0.5	0,6	0,4	0,3	60	7	40	450	6	400

Suplimentul 2

Valori proteice, grăsimi, glucide şi energie necesare copiilor şi adolescenţilor (pe zi)*

Vîrsta	Proteine			Grăsimi			Glucide	Calorii
	în total, g pe zi	animale (în g)	% din cant. tot. de prot.	în total, g pe zi	vegetale (în g)	% din toate grăsimile		
1—3 ani	53	37	70	53	5	10	212	1540
4—6 ani	68	44	65	68	10	15	272	1970
7—10 ani	79	47	60	79	18	20	315	2300
11—13 ani băieţi	93	56	60	93	19	20	370	2700
11—13 ani fete	85	51	60	35	17	20	340	2450
14—17 ani tineri	100	66	60	100	20	20	400	2900
14—17 ani tinere	90	54	60	90	18	20	360	2600

*) Recomandate şi aprobate de Ministerul Ocrotirii Sănătăţii al U. R. S. S. în anul 1982.

Scanned with OKEN Scanner

Suplimentul 3

Substanţele minerale (mg/pe zi) necesare copiilor şi adolescenţilor

Vîrsta	Calciu	Fosfor	Magneziu	Fier**
0—29 zile* (nou-născuţii)	240	120	50	1,5
1—3 luni*	500	400	60	5
4—6 luni	500	400	60	7
7—12 luni	600	500	70	10
1—3 ani	800	800	150	10
4—6 ani	1200	1450	300	15
7—10 ani	1100	1650	250	18
11—13 ani băieţi	1200	1800	350	18
11—13 ani fete	1100	1650	300	18
14—17 ani tineri	1200	1800	300	18
14—17 ani tinere	1100	1650	300	18

*—cu evidenţa alimentaţiei naturale
**—cu evidenţa a 10% de fier introdus.

Suplimentul 4

Vitaminele necesare copiilor şi adolescenţilor

Vîrsta	Tiamină (mg)	Riboflavină (mg)	Vit. B_6 (mg)	Vit. B_1 (mkg)	Folacină (mkg)	Niacină (ec. de niacină) (mg)	Acid ascorbic (mg)	Vit. A (ec. de retinol) (mkg)	Vit. E (ME)	Vit. D (ME)
0—3 luni	0,3	0,4	0,4	0,3	40	5	30	400	5	400
4—6 luni	0,4	0,5	0,5	0,4	40	6	35	400	5	400
7—12 luni	0,5	0,6	0,6	0,5	60	7	40	400	6	400
1—3 ani	0,8	0,9	0,9	1,0	100	10	45	450	7	400
4—6 ani	1,0	1,3	1,3	1,5	200	12	50	500	10	100
7—10 ani	1,4	1,6	1,6	2,0	200	15	60	700	10	100
11—13 ani băieţi	1,6	1,9	1,9	3,0	200	18	70	1000	12	100
11—13 ani fete	1,5	1,7	1,7	3,0	200	16	60	1000	10	100
14—17 ani tineri	1,7	2,0	2,0	3,0	200	19	75	1000	15	100
14—17 ani tinere	1,6	1,8	1,8	3,0	200	17	65	1000	12	100

Scanned with OKEN Scanner

Volumul de bucate (în grame) pentru copiii de diferită vîrstă

	1—1,5 ani	1,5—3 ani	3—5 ani	5—7 ani	7—11 ani	11—14 ani
Dejun						
Terci sau legume	200	200	250	250	300	300—400
Cafea cu lapte sau ceai cu lapte	100	150	150	200	200	200
Prînz						
Salată	—	40	50	50	70	100
Supă	100	150	200	250	300	400
Pîrjoală din carne, sufleu	50	60	70	80	100	120
Garnitură	100	100	130	130	150	200
Compot	100	100	150	150	200	200
Gustarea						
Chefir	150	150	200	200	200	200
Chiflă	15	50	50	60	100	100
Fructe	50	50	100	100	200	200
Cina						
Bucate din legume sau terci	180	200	200	200	300	400
Lapte	100	150	150	150	200	200

Scanned with OKEN Scanner

Dieta № 1a

Asortimentul aproximativ mediu zilnic al dietei № 1a

Denumirea produselor	Grupele de vîrstă		
	3–7 ani	7–11 ani	11–14 ani
		Cantitatea în g	
Lapte	1100	1250	1330
Unt	15	20	25
Zahăr	45	50	55
Ouă	$1^1/_3$	$1^1/_2$	$1^2/_3$
Brînză	80	40	45
Smîntînă	—	—	—
Carne	100	125	150
Pește	15	20	25
Făină de grîu	1	2	2
Făină de cartofi	5	7	7
Cafea	—	—	—
Ceai	0,2	0,2	0,2
Pîine de grîu	—	—	—
Fructe uscate	—	—	—
Fructe proaspete	20	25	25
Măceș	3	5	5
Cartofi	—	—	—
Legume	—	—	—
Ulei vegetal	—	—	—
Crupe	55	65	80
Pireu de tomate	—	—	—
Dulciuri	—	—	—
În total: Proteine (g)	63	76	87
Grăsimi (g)	63	76	87
Glucide (g)	147	170	188
Valoarea calorică (kcal)	1393	1658	1933

Scanned with OKEN Scanner

Meniul aproximativ al dietei № 1a

1-a zi

Denumirea bucatelor	Grupa de vîrstă (cantitatea în g) 3–7	7–11	11–14	Repartizarea în g	Grupa de vîrstă 3–7	7–11	11–14
1 dejun							
Terci de griş	250	250	300	Crupe de griş	20	25	30
				Lapte	100	125	150
				Unt	5	6	7
				Zahăr	6	7	8
Lapte	180	200	200	Lapte	180	200	200
al 2-lea dejun							
Lapte	180	200	200	Lapte	180	200	200
				Orez	25	30	40
Prînz							
Supă de orez mucilaginoasă	250	300	400	Lapte	100	150	200
				Zahăr	1	1	2
				Unt	3	4	5
Sufleu din carne fiartă	65	90	120	Carne	100/70	125/87	150/105
				Unt	5	7	9
				Lapte	20	30	40
				Făină de grîu	1	2	3
				Ou	1/7	1/6	1/5
Chisel de mere	180	200	200	Mere	50/43	60/52	60/52
				Zahăr	15	20	20
				Amidon	6	8	8
Gustarea							
Lapte	180	200	200	Lapte	180	200	200
Cina							
				Ouă	1¼	1½	2
Omletă, pregătită la aburi	100	120	150	Lapte	50	60	80
				Unt	2	3	4
Lapte	180	200	200	Lapte	180	200	200
Inainte de somn							
Lapte	180	200	200	Lapte	180	200	200

Scanned with OKEN Scanner

Denumirea bucatelor	Grupa de vîrstă			Repartizarea în g	Grupa de vîrstă		
	3–7	7–11	11–14		3–7	7–11	11–14
	cantitatea în g				în g		
1 dejun							
Terci de orez trecut prin sită	200	250	300	Orez	35	40	45
				Lapte	100	125	150
				Unt	5	6	7
				Zahăr	6	7	8
Ceai cu lapte	180	200	200	Ceai	0,2	0,2	0,2
				Lapte	90	100	100
				Zahăr	13	15	15
al 2-lea dejun							
Lapte	180	200	200	Lapte	180	200	200
Prînz							
Supă mucilaginoasă de ovăz	250	300	400	Crupe de ovăz	25	30	40
				Unt	3	4	5
				Zahăr	1	3	4
				Peşte-fileu	100/90	125/112	150/200
				Ouă	1/7	1/6	1/5
Sufleu de peşte pregătit la aburi	80	100	120	Unt	3	4	5
				Lapte	20	25	30
				Lapte	125	150	150
Chisel lactat	180	200	200	Amidon	6	8	8
				Zahăr	12	15	15
Gustarea							
Lapte	180	200	200	Lapte	180	200	200
Cina							
				Brînză	100	130	150
				Ouă	1/7	1/6	1/5
				Zahăr	10	13	15
Budincă de brînză pregătită la aburi	140	170	200	Unt	5	6	7
				Lapte	40	50	60
				Crupe de griş	10	13	15
Ceai cu lapte	180	200	200	Ceai	0,2	0,2	0,2
				Lapte	90	100	100
				Zahăr	18	20	20
Înainte de somn							
Lapte	180	200	200	Lapte	180	200	200

Scanned with OKEN Scanner

Denumirea bucatelor	Grupa de vîrstă 3–7	7–11	11–14	Repartizarea în g	Grupa de vîrstă 3–7	7–11	11–14
	cantitatea în g				în g		
1 dejun							
Terci din făină de ovăz	200	250	300	Făină de ovăz	20	25	30
				Lapte	100	125	150
				Unt	5	6	7
				Zahăr	6	7	8
Lapte	180	200	200	Lapte	180	200	200
al 2-lea dejun							
Lapte	180	200	200	Lapte	180	200	200
Prînz							
Supă mucoasă de arpacaş	250	300	400	Crupe de arpacaş	30	35	40
				Lapte	100	125	150
				Unt	3	4	5
				Zahăr	1	1	2
Pîrjoale din carne fiartă	80	100	120	Carne	100/70	125/87	150/105
				Lapte	30	40	50
				Făină de grîu	1	2	3
				Unt	5	6	7
Chisel de mere	180	200	200	Mere	50/43	60/52	60/52
				Zahăr	15	20	20
				Amidon	6	8	8
Gustarea							
Lapte	180	200	200	Lapte	180	200	200
Cina							
Terci de griş	100	150	200	Crupe de griş	10	15	20
				Zahăr	4	5	6
				Lapte	60	80	100
				Unt	3	4	5
Ouă moi	1	1	2	Ouă	1	1	2
Ceai cu lapte	180	200	200	Lapte	90	100	100
				Zahăr	18	20	20
				Ceai	0,2	0,2	0,2
Inainte de somn							
Lapte	180	200	200	Lapte	180	200	200

Scanned with OKEN Scanner

Denumirea bucatelor	Grupa de vîrstă 3–7	7–11	11–14	Repartizarea în g	Grupa de vîrstă 3–7	7–11	11–14
	cantitatea în g				în g		
1 dejun							
Omletă pregătită la aburi	100	120	150	Ouă	1¼	1½	2
				Lapte	50	60	80
				Unt	2	3	4
Ceai cu lapte	180	200	200	Lapte	90	100	100
				Ceai	0,2	0,2	0,2
				Zahăr	18	20	20
al 2-lea dejun							
Lapte	180	200	200	Lapte	180	200	200
Prînz							
Supă lactată de griş	250	300	400	Crupe de griş	12	15	20
				Unt	3	4	5
				Lapte	125	150	200
				Zahăr	2	3	4
Sufleu din carne fiartă pregătit la aburi	65	90	120	Carne	100/70	125/87	150/105
				Unt	5	7	9
				Lapte	20	30	40
				Ou	1/7	1/6	1/5
				Făină de grîu	1	2	3
Chisel din fiertură de măceş	180	200	200	Măceş	12	15	15
				Zahăr	15	20	20
				Amidon	6	8	8
Gustarea							
Lapte	180	200	200	Lapte	180	200	200
Cina							
Terci pasat de hrişcă	200	250	300	Crupe de hrişcă	30	40	50
				Lapte	100	125	150
				Zahăr	6	7	8
				Unt	5	6	7
Ceai cu lapte	180	200	200	Lapte	90	100	100
				Ceai	0,2	0,2	0,2
				Zahăr	18	20	20
Inainte de somn							
Lapte	180	200	200	Lapte	180	200	200

Scanned with OKEN Scanner

Denumirea bucatelor	Grupa de vîrstă			Repartizarea în g	Grupa de vîrstă		
	3–7	7–11	11–14		3–7	7–11	11–14
	cantitatea în g				în g		
I dejun							
Terci pasat de hrişcă	200	250	300	Crupe de hrişcă	30	40	50
				Lapte	100	125	150
				Unt	5	6	7
				Zahăr	6	7	8
Lapte	180	200	200	Lapte	180	200	200
al 2-lea dejun							
Lapte	180	200	200	Lapte	180	200	200
Prînz							
Supă mucilaginoasă de arpacaş	250	300	400	Crupe de arpacaş	30	35	40
				Lapte	100	125	150
				Unt	3	4	5
				Zahăr	1	1	2
Pîrjoale din carne fiartă	80	100	120	Carne	100/70	125/87	[illegible]
				Lapte	30	40	50
				Făină de grîu	1	2	3
				Unt	5	7	9
Chisel din mere	180	200	200	Mere	20	30	30
				Zahăr	15	20	20
				Amidon	6	8	9
Gustarea							
Lapte	180	200	200	Lapte	180	200	200
Cina							
Omletă pregătită la aburi	100	120	150	Ouă	1 1/4	1 1/2	2
				Lapte	50	60	80
				Unt	2	2	3
Lapte	180	200	200	Lapte	180	200	200
Înainte de somn							
Lapte	180	200	200	Lapte	180	200	200

Scanned with OKEN Scanner

Denumirea bucatelor	Grupa de vîrstă 3–7	7–11	11–14	Repartizarea în g	Grupa de vîrstă 3–7	7–11	11–14
	cantitatea în g				în g		
1 dejun							
Budincă de brînză pregătită la aburi	140	170	200	Brînză	100	130	150
				Ouă	1/7	1/6	1/5
				Zahăr	10	13	15
				Unt	5	6	7
				Lapte	40	50	60
				Crupe de griş	10	13	15
Lapte	180	200	200	Lapte	180	200	200
al 2-lea dejun							
Lapte	180	200	200	Lapte	180	200	200
Prînz							
Supă mucilaginoasă de arpacaş	250	300	400	Crupe de arpacaş	30	35	40
				Zahăr	1	1	2
				Lapte	100	125	150
				Unt	3	4	5
Sufleu de găină pregătită la aburi	95	120	160	Găini	180/95	230/120	1/5 300/159
				Ouă	1/7	1/6	
				Făină de grîu	1	2	3
				Lapte	20	30	40
				Unt	5	6	7
Chisel lactat	180	200	200	Lapte	125	150	150
				Zahăr	12	15	15
				Amidon	6	8	8
Gustarea							
Lapte	180	200	200	Lapte	180	200	200
Cina							
Terci pasat de orez	200	250	300	Orez	35	40	45
				Lapte	100	125	150
				Unt	5	6	7
				Zahăr	6	7	8
Ouă moi	1	1	1	Ouă	1	1	1
				Ceai	0,2	0,2	0,2
				Zahăr	18	20	20
Ceai cu lapte	180	200	200	Lapte	90	100	100
Inainte de somn							
Lapte	180	200	200	Lapte	180	200	200

Denumirea bucatelor	Grupa de vîrstă 3—7	7—11	11—14	Repartizarea în g	Grupa de vîrstă 3—7	7—11	11—14
	cantitatea, în g				în g		
1 dejun							
Terci pasat Hercules	200	250	300	Hercules	30	35	40
				Lapte	100	125	150
				Unt	5	6	7
				Zahăr	6	7	8
Ceai cu lapte	180	200	200	Ceai	0,2	0,2	0,2
				Lapte	90	100	100
				Zahăr	18	20	20
al 2-lea dejun							
Lapte	180	200	200	Lapte	180	200	200
Prînz							
Supă lactată de griş	250	300	400	Crupe de griş	12	15	20
				Unt	3	4	5
				Lapte	125	150	200
				Zahăr	2	3	4
Pireu de carne din carne fiartă	80	100	120	Carne	100/70	125/87	130/105
				Unt	5	7	9
				Lapte	30	40	50
				Măceş	12	15	15
Fierfură de măceş	180	200	200	Zahăr	18	20	20
Gustarea							
Lapte	180	200	200	Lapte	180	200	200
Cina							
Omletă pregătită la aburi	100	120	150	Ouă	$1^{1}/_{4}$	$1^{1}/_{2}$	2
				Lapte	50	60	80
				Unt	2	3	4
Lapte	180	200	200	Lapte	180	200	200
Inainte de somn							
Lapte	180	200	200	Lapte	180	200	200

Scanned with OKEN Scanner

Dieta № 1

Asortimentul aproximativ de produse al dietei № 1

Denumirea produsului	Grupele de vîrstă		
	3—7 a	7—11 ani	11—14 ani
	cantitatea în g		
Lapte	650	740	790
Unt	35	40	50
Zahăr	50	60	60
Ouă	1	1	1 1/2
Brînză	45	60	65
Smîntînă	—	—	—
Brînză picantă	6	7	8
Carne	110	135	160
Peşte	30	35	45
Făină de grîu	1	2	2
Făină de cartofi	1	2	2
Cafea	2	2	3
Ceai	0,2	0,2	0,2
Pîine de grîu	150	200	250
Fructe uscate	10	15	15
Fructe proaspete	110	115	120
Măceş	5	6	6
Cartofi	140	180	210
Legume	90	110	140
Ulei vegetal	2	3	5
Crupe	55	70	85
Pireu de tomate	—	—	—
Dulciuri	10	15	20
În total			
Proteine (g)	72	89	104
Grăsimi (g)	70	88	102
Glucide (g)	280	344	386
Valoarea calorică (kcal)	1971	2441	2785

Scanned with OKEN Scanner

Denumirea bucatelor	Grupa de vîrstă 3—7	7—11	11—14	Repartizarea în g	Grupa de vîrstă 3—7	7—11	11—14
	cantitatea în g				în g		
1 dejun							
Terci de griş	200	250	310	Crupe de griş	20	25	30
				Lapte	100	125	150
Ou moale	1	1	1	Unt	5	6	7
Ceai cu lapte	180	200	200	Zahăr	6	7	8
				Ou	1	1	1
				Lapte	90	100	100
				Zahăr	13	15	15
				Ceai	0,2	0,2	0,2
Pîine cu unt				Unt	7	8	10
al 2-lea dejun							
Lapte	180	200	200	Lapte	180	200	200
Prînz							
Supă lactată cu orez	250	300	400	Orez	15	20	25
				Lapte	100	125	150
				Unt	3	4	5
				Zahăr	2	3	4
Pîrjoale de carne pregătite la aburi	65	80	100	Carne	100/70	125/87	150/105
				Pîine de grîu	8	10	13
Pireu de cartofi	100	130	155	Cartofi	100/70	130/90	150/105
				Lapte	25	40	50
				Unt	3	4	5
Chisel din fierfură de măceş	180	200	200	Măceş	12	15	15
				Amidon	6	7	8
				Zahăr	13	15	15
Gustarea							
Măr ras	100	100	100	Măr	130	130	130
				Zahăr	6	6	6
Cina							
Budincă de brînză	140	170	200	Crupe de griş	10	13	15
				Ouă	1/7	1/6	1/5
				Brînză	100	130	150
				Zahăr	10	13	15
				Unt	5	6	7
				Lapte	40	50	60
Pireu de morcovi				Morcovi	80/64	100/80	130/104
	60	80	100	Lapte	20	30	40
				Unt	3	5	5
Ceai dulce	180	200	200	Ceai	0,2	0,2	0,2
				Zahăr	13	15	15
Înainte de somn							
Lapte	180	200	200	Lapte	180	200	200
Pîine de grîu pe toată ziua	150	200	250				

Scanned with OKEN Scanner

Meniul aproximativ al dietei № 1

ziua a 2-a

Denumirea bucatelor	Grupa de vîrstă (cantitatea în g) 3–7	7–11	11–14	Repartizarea în g	Grupa de vîrstă (în g) 3–7	7–11	11–14
1 dejun							
Terci de orez	200	250	300	Orez	35	40	45
				Lapte	100	125	150
				Unt	4	5	6
				Zahăr	6	7	8
Ou moale	1	1	1	Ou	1	1	1
Cafea cu lapte	180	200	200	Cafea	2	2	3
				Lapte	90	100	100
				Zahăr	13	15	15
Pîine cu unt				Unt	7	8	10
al 2-lea dejun							
Fiertură de măceş	180	200	200	Măceş	12	15	15
				Zahăr	8	10	10
Prînz							
Supă vegetariană din diferite legume de calitate superioară	250	300	400	Cartofi	80/56	90/63	100/70
				Morcovi	10/8	15/12	20/16
				Mazăre verde	20	30	40
				Unt	3	4	5
Pireu din cartofi	100	130	150	Cartofi	110/77	130/91	150/105
				Unt	5	6	7
				Lapte	30	40	50
Peşte fiert	65	80	98	Peşte-file	100/50	125/112	150/135
				Morcovi	3/2	4/3	5/4
Compot din fructe uscate	180	200	200	Fructe uscate	18	20	20
				Zahăr	13	15	15
Gustarea							
Măr copt	100	100	100	Măr	100	100	100
				Zahăr	5	5	5
Lapte	180	200	200	Lapte	180	200	200
Cina							
Perişoare de carne pregătite la aburi	80	90	110	Carne	110/70	125/87	150/105
				Pîine de grîu	8	10	13
Fidea fiartă	100	115	130	Fidea	35	40	45
				Unt	4	5	6
Ceai dulce	180	200	200	Ceai	0,2	0,2	0,2
				Zahăr	13	15	15
Pîine cu unt				Unt	10	10	10
Înainte de somn							
Lapte	180	200	200	Lapte	180	200	200
Pîine de grîu pe toată ziua	150	200	250				

Meniul aproximativ al dietei № 1

a 3-a zi

Denumirea bucatelor	Grupa de vîrstă 3–7	7–11	11–14	Repartizarea în g	Grupa de vîrstă 3–7	7–11	11–14
	cantitatea în g				în g		
1 dejun							
Terci Hercules	200	250	300	Hercules	25	30	35
				Lapte	100	125	150
				Unt	4	5	6
				Zahăr	6	7	8
Pîine cu unt şi brînză picantă				Unt	7	8	10
				Brînză picantă	20	25	30
Cafea cu lapte	180	200	200	Cafea	2	2	2
				Lapte	90	100	100
				Zahăr	13	15	15
al 2-lea dejun							
Măr copt				Măr	100	100	100
				Zahăr	5	5	5
Prînz							
Supă de cartofi	250	300	400	Cartofi	90/63	120/94	150/105
				Morcovi	10/8	15/12	20/16
				Unt	3	4	5
				Crupe de arpacaş	5	8	10
Carne înăbuşită	47	60	70	Carne	100/70	125/87	150/105
Sfeclă înăbuşită cu mere	110	135	145	Sfeclă	120/96	140/112	150/120
				Unt	6	7	8
				Mere	25/22	35/30	40/35
Compot din fructe uscate	180	200	200	Fructe uscate	18	20	20
				Zahăr	13	15	15
Gustarea							
Brînză	60	70	80	Brînză	60	70	80
Lapte	180	200	200	Lapte	180	200	200
Pesmeţi dulci				Pîine de grîu	50	70	80
				Zahăr	3	4	5
Cina							
Omletă	100	120	155	Ouă	$1^{1/4}$	$1^{1/2}$	2
				Lapte	50	60	80
				Unt	1	2	3
				Morcovi	20/16	25/20	30/24
Salată din legume fierte	80	100	125	Cartofi	80/56	100/70	120/84
				Mazăre	10	15	20
				Ulei vegetal	8	10	12
Ceai cu lapte	180	200	200	Ceai	0,2	0,2	0,2
				Lapte	90	100	100
				Zahăr	13	15	15
Pîine cu unt				Unt	10	10	10
Inainte de somn							
Lapte	180	200	200	Lapte	180	200	200
Pîine de grîu pe toată ziua	150	200	250				

Scanned with OKEN Scanner

Meniul aproximativ al dietei № 1

ziua a 4-a

Denumirea bucatelor	Grupa de vîrstă (cantitatea în g) 3–7	7–11	11–14	Repartizarea în g	Grupa de vîrstă (în g) 3–7	7–11	11–14
1 dejun							
Omletă pregătită la aburi	100	120	150	Ouă	1 1/4	1 1/2	2
				Lapte	50	60	80
				Unt	2	3	4
Sfeclă înăbuşită cu mere	110	135	145	Sfeclă	120/96	140/112	150/12
				Ulei vegetal	6	7	8
				Mere	25/22	35/30	40/35
Cafea cu lapte	180	200	200	Cafea	1	2	2
				Lapte	90	100	100
				Zahăr	13	15	15
Pîine cu unt				Unt	7	8	10
al 2-lea dejun							
Fructe	100	100	100	Fructe	100	100	100
Prînz							
Supă de orez cu cartofi	250	300	400	Orez	10	15	20
				Cartofi	70/49	90/63	110/77
				Morcovi	5/4	10/8	15/12
				Unt	3	4	5
Chifteluţe de carne pregătite la aburi				Carne	100/70	125/87	150/105
				Pîine de grîu	8	10	18
	65	80	104	Unt	3	4	5
Fidea fiartă	100	115	130	Fidea	35	40	45
				Unt	4	5	6
Compot din fructe uscate	180	200	200	Fructe uscate	18	20	20
				Zahăr	13	15	15
Gustarea							
Marmeladă	40	50	60	Marmeladă	40	50	60
Lapte	180	200	200	Lapte	180	200	200
Cina							
Terci Hercules	200	250	300	Hercules	30	35	40
				Lapte	100	125	150
				Unt	4	5	6
				Zahăr	6	7	8
Pîine cu unt şi brînză picantă				Unt	10	10	10
				Brînză picantă	20	25	30
Ceai dulce	180	200	200	Ceai	0,2	0,2	0,2
				Zahăr	13	15	15
Înainte de somn							
Lapte	180	200	200	Lapte	180	200	200
Pîine de grîu pe toată ziua	150	200	250				

Scanned with OKEN Scanner

Meniul aproximativ al dietei № 1 a 5-a zi

Denumirea bucatelor	Grupa de vîrstă 3–7	7–11	11–14	Repartizarea în g	Grupa de vîrstă 3–7	7–11	11–14
	cantitatea în g				în g		
1 dejun							
Terci lactat cu hrişcă	200	250	300	Crupe de hrişcă	80	40	50
				Lapte	100	125	150
Ceai cu lapte	180	200	200	Unt	4	5	6
				Zahăr	6	7	8
				Ceai	0,2	0,2	0,2
				Lapte	90	100	100
				Zahăr	13	15	15
Pîine cu unt				Unt	7	8	10
al 2-lea dejun							
Măr copt				Măr	100	100	100
Prînz							
Supă lactată cu fidea	250	300	400	Fidea	20	25	30
				Lapte	125	150	200
				Unt	3	4	5
				Zahăr	3	4	5
Cartofi înăbuşiţi cu carne fiartă	150	180	210	Cartofi	130/91	160/112	200/130
				Carne	100/70	125/87	150/105
				Unt	5	6	7
Compot din fructe uscate	180	200	200	Fructe uscate	18	20	20
				Zahăr	13	15	15
Gustarea							
Zefir	40	50	60	Zefir	40	50	60
Lapte	180	200	200	Lapte	180	200	200
Cina							
Orez fiert cu fructe	160	220	270	Orez	45	60	70
				Unt	6	7	8
				Zahăr	3	4	5
				Mere proaspete	30/26	40/35	50/44
				Prune uscate	6	8	10
				Stafide	6	8	10
Morcov înăbuşit	60	80	100	Morcov	80/64	100/80	130/104
				Unt	3	4	5
				Lapte	20	25	30
				Unt	10	10	0,2
Pîine cu unt				Ceai	0,2	0,2	200
Ceai dulce	180	200	200	Zahăr	13	15	15
Inainte de somn							
Lapte	180	200	200	Lapte	180	200	10
Pîine de grîu pe toată ziua	150	200	250				

Scanned with OKEN Scanner

Meniul aproximativ al dietei № 1 a 6-a zi

Denumirea bucatelor	Grupa de vîrstă 3–7	7–11	11–14	Repartizarea în g	Grupa de vîrstă 3–7	7–11	11–14
	Cantitatea în g				în g		
1 dejun							
Budincă de brînză pregătită la aburi	140	170	200	Brînză	100	130	150
				Ouă	1/7	1/6	1/5
				Zahăr	10	13	15
				Unt	5	6	7
				Lapte	40	50	60
				Crupe de griş	10	13	15
Morcov înăbuşit cu mere	60	80	100	Morcovi	80/64	100/80	130/104
				Mere	25/22	30/26	35/31
				Unt	4	5	6
Cafea cu lapte	180	200	200	Cafea	2	2	3
				Lapte	90	100	100
				Zahăr	13	15	14
Pîine cu unt				Unt	7	8	10
al 2-lea dejun							
Mere rase	100	100	100	Mere	130	130	130
				Zahăr	6	6	6
Prînz							
Sup.-pireu de legume cu pesmeţi	250	300	400	Cartofi	80/56	90/63	100/70
				Morcovi	10/8	15/12	20/16
				Mazăre verde	20	30	40
				Unt	3	4	5
				Pîine de grîu	40	50	60
Găină fiartă cu orez	105	110	175	Găini	150/81	180/95	200/106
				Orez	35	40	60
				Unt	6	7	8
Compot din fructe uscate	180	200	200	Fructe uscate	18	20	20
				Zahăr	13	15	15
Gustarea							
Biscuiţi	20	30	40	Biscuiţi	20	30	40
Lapte	180	200	200	Lapte	180	200	200
Cina							
Peşte fiert	65	80	100	Peşte-fileu	100/90	125/112	150/135
Pireu de cartofi	140	175	230	Cartofi	150/105	200/140	250/175
				Lapte	30	40	50
				Unt	6	7	8
Ceai dulce	180	200	200	Ceai	0,2	0,2	0,2
				Zahăr	13	15	15
Pîine cu unt				Unt	10	10	10
Inainte de somn							
Lapte	180	200	200	Lapte	180	200	200
Pîine de grîu pe toată ziua	150	200	250				

Scanned with OKEN Scanner

Meniul aproximativ al dietei № 1

a 7-a zi

Denumirea bucatelor	Grupa de vîrstă 3–7 (cantitatea în g)	7–11	11–14	Repartizarea în g	Grupa de vîrstă 3–7 (în g)	7–11	11–14
1 dejun							
Fidea lactată	200	250	300	Fidea	45	60	70
				Lapte	100	125	150
				Unt	4	5	6
				Zahăr	6	7	8
Ou moale	1	1	1	Ou	1	1	1
Cafea cu lapte	180	200	200	Cafea	1	2	2
				Lapte	90	100	100
				Zahăr	18	20	20
Pîine cu unt				Unt	7	8	10
al 2-lea dejun							
Fiertură de măceş	180	200	200	Măceş	12	15	15
				Zahăr	8	10	10
Prînz							
Supă lactată de griş	250	300	400	Crupe de griş	12	15	20
				Unt	3	4	5
				Lapte	125	150	200
				Zahăr	2	3	4
Sufleu din carne fiartă	65	90	120	Carne	100/70	125/85	150/105
				Unt	4	5	6
				Lapte	20	30	40
				Ou	1/7	1/6	1/5
				Făină de grîu	2	3	4
Pireu din cartofi	100	130	150	Cartofi	100/70	130/91	150/105
				Unt	6	7	8
				Lapte	25	30	50
Chisel din mere	180	200	200	Mere	25	30	30
				Zahăr	15	20	20
				Amidon	6	7	7
Gustarea							
Lapte	180	200	200	Lapte	180	200	200
Covrigi	30	40	50	Covrigi	30	40	40
Cina							
Terci lactat cu hrişcă	150	200	250	Crupe de hrişcă	40	60	75
				Unt	5	6	7
Pîine cu unt şi				Lapte	180	200	200
				Unt	10	10	10
brînză picantă				Brînză picantă	10	25	30
Inainte de somn							
Lapte	180	200	200	Lapte	180	200	200
Pîine de grîu pe toată ziua	150	200	250				

12 Comanda 28

Scanned with OKEN Scanner

Asortimentul zilnic mediu aproximativ al produselor dietei № 2

Denumirea produselor	3—7 ani	Grupele de vîrstă	
		7—11 ani	11—14 ani
		Cantitatea în g	
Lapte	600	630	650
Unt	35	40	50
Zahăr, dulciuri	60	70	70
Ouă	3/4	1	1
Brînză	40	50	50
Smîntînă	15	15	15
Brînză picantă	7	8	8
Carne	150	160	180
Pește	40	50	60
Făină de grîu	15	15	20
Făină de cartofi	2	2	3
Cafea	2	2	3
Ceai	0,2	0,2	0,2
Pîine de grîu	150	250	350
Fructe uscate	15	15	20
Fructe proaspete	150	150	150
Cartofi	250	300	350
Legume	200	230	250
Ulei vegetal	6	8	10
Crupe	50	65	80
În total			
Proteine (g)	75	92	98
Grăsimi (g)	75	92	98
Glucide (g)	281	385	406
Valoarea calorică (kcal)	2108,0	2499,9	2996,0

Scanned with OKEN Scanner

Asortimentul zilnic mediu aproximativ al produselor dietei № 5

Denumirea produselor	3—7 ani	Grupele de vîrstă	
		7—11 ani	11—14 ani
	Cantitatea în g		
Lapte	630	690	780
Unt	35	40	45
Zahăr	60	70	70
Ouă	1	1	1
Brînză	45	60	65
Smîntînă	5	10	15
Brînză picantă	5	8	10
Carne	110	130	160
Pește	40	45	60
Făină de grîu	1	2	3
Făină de cartofi	1	2	2
Cafea	1	2	2
Ceai	0,2	0,2	0,2
Pîine de grîu	150	200	250
Fructe uscate	15	20	20
Fructe proaspete	100	105	110
Măceș	5	6	6
Cartofi	135	175	220
Legume	125	140	175
Ulei vegetal	6	7	8
Crupe	55	75	85
Pireu de tomate	1	2	2
Dulciuri	10	15	20
În total			
Proteine (g)	73	91	107
Grăsimi (g)	79	90	100
Glucide (g)	288	356	400
Valoarea calorică (kcal)	2001,1	2451	2764,0

Scanned with OKEN Scanner

Meniul aproximativ al dietei № 5 1 zi

Denumirea bucatelor	Grupele de vîrstă			Repartizarea în g	Grupele de vîrstă		
	3–7	7–11	11–14		3–7	7–11	11–14
	cantitatea în g				în g		
1 dejun							
Terci de griş	200	250	300	Crupe de griş	20	25	30
				Lapte	100	125	150
				Unt	4	5	6
				Zahăr	6	7	8
Ou moale	1	1	1	Ou	1	1	1
Ceai cu lapte	180	200	200	Lapte	90	100	100
				Zahăr	13	15	15
Pîine cu unt				Unt	7	8	10
al 2-lea dejun							
Lapte	180	200	200	Lapte	180	200	200
Prînz							
Supă lactată de orez	250	300	400	Orez	15	20	25
				Lapte	100	125	150
				Unt	3	4	5
				Zahăr	2	3	4
Budincă de cartofi cu carne	130	170	225	Cartofi	150/105	200/140	250/175
				Ouă	1/7	1/6	1/5
				Unt	3	4	5
				Carne	100/70	125/87	150/105
Salată din varză proaspătă	70	80	90	Varză proaspătă	70/56	80/64	90/72
				Morcovi	10/8	15/12	20/16
				Ulei vegetal	4	5	6
Chisel din măceş	180	200	200	Măceş	12	15	15
				Amidon	6	8	8
				Zahăr	13	15	15
Gustarea							
Mere	100	100	100	Mere	100	100	100
Cina							
Budincă de brînză	140	170	200	Brînză	100	130	150
				Ouă	1/7	1/6	1/5
				Zahăr	10	13	15
				Unt	5	6	7
				Lapte	40	50	60
				Crupe de griş	10	13	15
Sfeclă înăbuşită	75	95	130	Sfeclă	80/64	100/80	130/104
				Tomat	2	3	4
				Unt	3	4	5
Ceai dulce	180	200	200	Ceai	0,2	0,2	0,2
				Zahăr	13	15	15
Pîine cu unt				Unt	10	10	10
Inainte de somn							
Chefir	180	200	200	Chefir	180	200	200
Pîine de grîu pe toată ziua	150	200	250				

Meniul aproximativ al dietei № 5 ziua a 2-a

Denumirea bucatelor	Grupa de vîrstă 3–7	7–11	11–14	Repartizarea în g	Grupa de vîrstă 3–7	7–11	11–14
	cantitatea în g				în g		
1 dejun							
Terci de orez	200	250	300	Orez	35	40	45
				Lapte	100	125	150
				Unt	4	5	6
				Zahăr	6	7	8
Omletă pregătită la aburi	80	100	120	Ou	1	$1^{1/4}$	$1^{1/2}$
				Lapte	40	50	60
				Unt	1	2	3
Cafea cu lapte	180	200	200	Cafea	2	2	3
				Lapte	90	100	100
				Zahăr	13	15	15
Pîine cu unt				Unt	7	8	10
al 2-lea dejun							
Fiertură de măceş	180	200	200	Măceş	12	15	15
				Zahăr	8	10	10
Prînz							
Supă vegetariană din legume de calitate superioară	250	300	400	Cartofi	40/28	50/35	60/42
				Morcov	10/8	15/12	20/16
				Varză proaspătă	40/32	50/40	60/48
				Mazăre verde	20	30	40
				Unt	3	4	5
Peşte fiert	65	80	100	Peşte-fileu	100/90	125/112	150/135
				Morcov	3	4	5
Pireu de cartofi	100	130	150	Cartofi	100/70	130/91	150/105
				Lapte	30	40	50
				Unt	5	6	7
Castraveţe proaspăt				Castraveţi	40/37	50/46	60/55
Compot din fructe uscate	180	200	200	Fructe uscate	18	20	20
				Zahăr	13	15	15
Gustarea							
Lapte	180	200	200	Lapte	180	200	200
Măr	100	100	100	Măr	100	100	100
Cina							
Perişoare de carne pregătită la aburi	80	90	110	Carne	100/70	125/87	150/150
				Pîine de grîu	8	10	13
Fidea fiartă	100	110	130	Fidea	35	40	45
				Unt	4	5	6
Ceai dulce	180	200	200	Ceai	0,2	0,2	0,2
				Zahăr	13	15	15
Pîine cu unt				Unt	10	10	10
Inainte de somn							
Chefir	180	200	200	Chefir	180	200	200
Pîine de grîu pe toată ziua	150	200	250				

Scanned with OKEN Scanner

Denumirea bucatelor	Grupa de vîrstă			Repartizarea în g	Grupa de vîrstă		
	3—7	7—11	11—14		3—7	7—11	11—14
	conținutul în g						
1 dejun							
Pireu din cartofi	140	175	250	Cartofi	150/105	200/140	250/175
				Lapte	30	40	50
Scrumbie	28	40	60	Unt	6	7	8
Pîine cu unt				Scrumbie	50/28	70/40	90/50
				Ulei vegetal	3	4	5
Ceai dulce	180	200	200	Unt	7	8	10
				Ceai	0,2	0,2	0,2
				Zahăr	13	15	15
al 2-lea dejun							
Fructe	100	100	100	Măr	100	100	100
Prînz							
Supă din cartofi cu smîntînă	250	300	400	Cartofi	90/63	120/94	150/105
				Morcovi	10/6	15/12	20/16
				Unt	3	4	5
				Crupe de arpacaş	5	8	10
				Smîntînă	10	15	20
Carne fiartă	47	60	70	Carne	100/70	125/87	150/105
Sfeclă înăbuşită cu mere	115	140	150	Sfeclă	120/96	140/112	150/120
				Ulei vegetal	6	7	8
				Mere	25/22	35/30	40/35
Compot din fructe uscate	180	200	200	Fructe uscate	18	20	20
				Zahăr	13	15	15
Gustarea							
Brînză	60	70	80	Brînză	60	70	80
Lapte	180	200	200	Lapte	180	200	200
Pesmeţi				Pîine de grîu	50	70	80
				Zahăr	3	4	5
Cina							
Omletă	100	120	155	Ou	1 1/4	1 1/2	2
				Lapte	50	60	80
				Unt	2	2	3
Terci de griş	150	200	250	Crupe de gris	15	20	25
				Lapte	80	100	120
				Unt	3	4	5
				Zahăr	4	4	5
Ceai dulce	180	200	200	Ceai	0,2	0,2	0,2
				Zahăr	13	15	15
Pîine de grîu cu unt				Unt	10	10	10
Inainte de somn							
Chefir	180	200	200	Chefir	180	200	200
Pîine de grîu pe toată ziua	150	200	250				

Scanned with OKEN Scanner

Meniul aproximativ al dietei № 5

ziua a 4-a

Denumirea bucatelor	Grupa de vîrstă (cantitatea în g)			Repartizarea în g	Grupa de vîrstă		
	3–7	7–11	11–14		3–7	7–11	11–14
1 dejun							
Omletă pregătită la aburi	100	120	150	Ou	1 1/4	1 1/2	2
				Lapte	50	60	80
				Unt	2	2	3
Sfeclă înăbuşită cu mere	110	135	145	Sfeclă	120/96	140/112	150/120
				Ulei vegetal	6	7	8
				Mere	25/22	35/30	40/35
Cafea cu lapte	180	200	200	Cafea	2	2	3
				Lapte	90	100	100
				Zahăr	13	15	15
Pîine cu unt				Unt	7	8	10
al 2-lea dejun							
Fructe	100	100	100	Mere	100	100	100
Prînz							
Supă de orez cu smîntînă	250	300	400	Orez	10	15	20
				Cartofi	70/49	90/63	110/77
				Morcov	5/4	10/8	15/12
				Unt	3	4	5
				Smîntînă	10	15	20
Chifteluţe de carne pregătite la aburi	65	80	104	Carne	100/70	125/87	150/105
				Pîine de grîu	8	10	13
Varză înăbuşită	140	180	215	Varză proaspătă	200/160	250/200	300/240
				Morcov	10/8	15/12	20/16
				Unt	5	6	7
Compot din fructe	180	200	200	Fructe uscate	18	20	20
				Zahăr	13	15	15
Gustarea							
Marmeladă	40	50	60	Marmeladă	40	50	60
Lapte	180	200	200	Lapte	180	200	200
Cina							
Terci de Hercules	200	250	300	Hercules	30	35	40
				Lapte	100	125	150
				Unt	4	5	6
				Zahăr	6	7	8
Salată din legume fierte				Cartofi	80/56	100/70	120/84
				Morcov	20/16	25/20	30/24
				Mazăre verde	10	15	20
				Ulei vegetal	8	10	12
Pîine cu unt şi brînză picantă				Unt	10	10	10
				Brînză picantă	20	25	30
Ceai dulce	180	200	200	Ceai	0,2	0,2	0,2
				Zahăr	13	15	15
Inainte de somn							
Chefir	180	200	200	Chefir	180	200	200
Pîine de grîu pe toată ziua	150	200	250				

Scanned with OKEN Scanner

Meniul aproximativ al dietei № 5 — ziua a 5-a

Denumirea bucatelor	Grupa de vîrstă (conținutul în g) 3–7	7–11	11–14	Repartizarea în g	Grupa de vîrstă 3–7	7–11	11–14
1 dejun							
Terci lactat de hrișcă	200	250	300	Crupe de hrișcă	30	40	50
				Lapte	100	125	150
				Unt	4	5	6
				Zahăr	6	7	8
Vinegretă	70	100	125	Cartofi	40/28	50/35	60/42
				Sfeclă	30/24	40/32	50/40
				Morcov	10/8	15/12	20/16
				Mazăre verde	10	15	20
				Ulei vegetal	8	10	12
Cafea cu lapte	180	200	200	Cafea	2	2	3
				Lapte	90	100	100
				Zahăr	13	15	15
Pîine cu unt				Unt	7	8	10
al 2-lea dejun							
Fructe	100	100	100	Mere	100	100	100
Prînz							
Supă lactată cu fidea	250	300	400	Lapte	125	150	200
				Fidea	20	25	30
				Unt	3	4	5
				Zahăr	3	4	5
Cartofi înăbușiți cu carne fiartă	150	180	200	Cartofi	130/91	160/112	200/140
				Carne	100/70	125/87	150/105
				Unt	5	6	7
Castravete proaspăt	40	50	60	Castravete proaspăt	40/37	50/46	60/55
Compot din fructe uscate	180	200	200	Fructe uscate	18	20	20
				Zahăr	13	15	15
Gustarea							
Zefir	40	50	60	Zefir	40	50	60
Lapte	180	200	200	Lapte	180	200	200
Cina							
Orez fiert cu fructe	160	220	270	Orez	45	60	70
				Unt	6	7	8
				Zahăr	3	4	5
				Mere proaspete	30/26	40/35	50/44
				Prune uscate	6	8	10
				Stafide	6	8	10
Morcov înăbușit	60	80	100	Morcov	80/60	100/80	130/104
				Unt	3	4	5
Pîine cu unt				Lapte	20	25	30
				Unt	10	10	10
Ceai dulce	180	200	200	Ceai	0,2	0,2	0,2
				Zahăr	13	15	15
Inainte de somn							
Chefir	180	200	200	Chefir	180	200	200
Pîine de grîu pe toată ziua	150	200	250				

Scanned with OKEN Scanner

Meniul aproximativ al dietei № 5 ziua a 6-a

Denumirea bucatelor	Grupa de vîrstă 3–7	7–11	11–14	Repartizarea în g	Grupa de vîrstă 3–7	7–11	11–14
	conținutul în g						
1 dejun							
Budincă de brînză cu stafide	145	175	210	Brînză	100	130	150
				Stafide	5	8	10
				Ouă	1/7	1/6	1/5
				Zahăr	10	13	15
				Unt	5	6	7
				Lapte	40	50	60
				Crupe de griș	10	13	15
Morcov înăbușit cu mere	60	80	100	Morcov	80/64	100/80	130/104
				Mere	25/22	30/26	35/31
				Unt	4	5	6
Cafea cu lapte	180	200	200	Cafea	2	2	3
				Lapte	90	100	100
				Zahăr	13	15	15
Pîine cu unt				Unt	7	8	10
al 2-lea dejun							
Fructe	100	100	100	Fructe	100	100	100
Prînz							
Supă vegetariană cu smîntînă	250	300	400	Unt	3	4	5
				Varză proaspătă	70/56	80/64	90/72
				Cartofi	30/21	40/28	50/35
				Morcovi	10/8	15/12	20/16
				Pireu de tomate	1	2	2
				Smîntînă	10	15	20
Găină fiartă	62	70	80	Găini	150/81	180/95	200/106
cu orez	110	140	170	Orez	35	40	60
				Unt	6	7	8
Castravete sau roșii proaspeți	30	40	50	Castraveți proaspeți	30/28	40/37	50/46
Compot din fructe uscate	180	200	200	Fructe uscate	18	20	20
				Zahăr	13	15	15
Gustarea							
Biscuiți uscați	20	30	40	Biscuiți	20	30	40
Lapte	180	200	200	Lapte	180	200	200
Cina							
Pește fiert	65	80	100	Pește-fileu	100/90	125/112	150/135
Vinegretă	215	285	355	Sfeclă	60/48	80/64	100/80
				Cartofi	60/42	80/55	100/70
				Morcovi	20/16	30/24	40/32
				Mazăre verde	10	15	20
				Ulei vegetal	12	15	20
Ceai dulce	180	200	200	Ceai	0,2	0,2	0,2
				Zahăr	13	15	15
Pîine cu unt				Unt	10	10	10
Inainte de somn							
Chefir	180	200	200	Chefir	180	200	200
Pîine de grîu pe toată ziua	150	200	250				

Scanned with OKEN Scanner

Denumirea bucatelor	Grupa de vîrstă 3–7	7–11	11–14	Repartizarea în g	Grupa de vîrstă 3–7	7–11	11–14
	conținutul în g						
1 dejun							
Fidea lactată	250	250	300	Fidea	45	60	70
				Lapte	100	125	150
				Unt	4	5	6
				Zahăr	6	7	8
Ou moale	1	1	1	Ou	1	1	1
Cafea cu lapte	180	200	200	Lapte	90	100	100
				Zahăr	13	15	15
				Cafea	2	2	3
Pîine cu unt și brînză picantă				Unt	7	8	10
				Brînză picantă	20	25	30
al 2-lea dejun							
Fiertură de măceș	180	200	200	Măceș	12	15	15
				Zahăr	8	10	10
Prînz							
Supă vegetariană cu smîntînă	250	300	400	Varză proaspătă	40/32	50/40	60/48
				Cartofi	30/21	40/28	50/35
				Sfeclă	40/32	50/40	60/48
				Morcovi	20/16	25/20	30/24
				Unt	3	4	5
				Pireu de tomate	1	2	2
				Smîntînă	10	15	20
Pîrjoale din carne fiartă	50/40	65/50	79/60	Carne	100/70	125/87	150 /105
				Lapte	20	30	50
				Făină de grîu	2	3	4
				Unt	2	3	4
Pireu din cartofi	100	130	150	Cartofi	100/70	130/91	150/ 105
				Lapte	25	30	40
				Unt	4	5	6
Castraveți proaspeți sau roșii	35	44	53	Castravete proaspăt	40/37	50/46	60/57
Compot din mere proaspete	180	200	200	Mere	25/22	30/26	30/26
				Zahăr	13	15	15
Gustarea							
Brînză	60	70	80	Brînză	40	60	70
Covrigi	30	40	50	Covrigi	30	40	50
Ceai cu lapte	180	200	200	Ceai	0,2	0,2	0,2
				Zahăr	13	15	15
				Lapte	90	100	100

Scanned with OKEN Scanner

Continuare

ziua a 7-a

Denumirea bucatelor	Grupa de vîrstă			Repartizarea în g	Grupa de vîrstă		
	3—7	7—11	11—14		3—7	7—11	11—14
	conținutul în g						
Cina							
Legume înăbușite	100	130	150	Cartofi	50/35	60/42	70/45
				Varză proaspătă	50/40	70/56	80/64
				Morcovi	20/16	25/20	30/24
				Mazăre verde	10	20	25
Terci lactat cu hrișcă	90	125	150	Crupe de hrișcă	40	60	70
				Unt	5	6	7
Pîine cu unt							
Inainte de somn				Lapte	180	200	200
				Unt	10	10	10
Chefir	180	200	200	Chefir	180	200	200
Pîine de grîu pe toată ziua	150	200	250				

Scanned with OKEN Scanner

INSTRUCŢIA*

efectuării vitaminizării — C a alimentaţiei
(Extras)

Vitaminizarea — C a alimentaţiei se efectuează în sanatoriile pentru copii în timpul întregului an.

După permisiunea specială a staţiei epidemiologice vitaminizarea—C a alimentaţiei pregătite poate să nu fie efectuată atunci cînd bucatele din fructe şi legume, măceşul şi alţi purtători de vitamine, folosite în alimentaţie conţin o asemenea cantitate de vitamina C, care corespunde normativelor admise de M.O.S. U.R.S.S. cu privire la necesităţile oamenilor în această vitamină. S.S.A. poate permite întreruperea temporară (sezonieră) în vitaminizarea—C' în baza datelor controlului de laborator a bucatelor.

Zilnic se vitaminizează numai felul întîi sau trei al prînzului şi laptele. E binevenită vitaminizarea felului trei, inclusiv a ceaiului.

Acidul ascorbic se introduce, luînd în consideraţie norma zilnică a necesităţii omului în vitamina C:

40 mg pentru copiii între un an şi 6 ani.
50 mg pentru copiii între 6 şi 12 ani.
70 mg pentru copii şi adolescenţi între 12 şi 17 ani.

Vitaminizarea se face la bucătărie de către sora medicală superioară sau de către altă persoană din corpul de medici, numiţi special pentru efectuarea acestui lucru.

Vitaminizarea bucatelor gata se efectuează chiar înainte de consumul lor. Încălzirea bucatelor gata nu se permite.

Metoda de vitaminizare a bucatelor felului întîi: tabletele de acid ascorbic, calculate conform numărului de porţii (sau acidul ascorbic praf), se pun într-o farfurie curată, într-o mică cantitate de bucate lichide (100—200 ml), şi se dizolvă, amestecîndu-se cu lingura, apoi se toarnă în masa totală a bucatelor, amestecîndu-se cu polonicul; farfuria se clăteşte cu partea lichidă a acestor bucate, care se toarnă şi ea în masa totală.

La vitaminizarea laptelui acidul ascorbic se adaugă chiar în momentul cînd laptele începe a fierbe, conform necesităţii copiilor de o anumită vîrstă, dar nu mai mult de 175 mg de acid ascorbic la 1 l de lapte (pentru a evita închegarea lui).

La vitaminizarea chiselurilor acidul ascorbic se introduce în lichidul, în care se adaugă făină de cartofi.

In organizaţia, unde se efectuează vitaminizarea sau care e responsabilă de vitaminizarea—C se introduc zilnic în meniu datele cu privire la vitaminizare.

---

* Sancţionat de medicul de stat Major al URSS R. N. Burgasov 06—06.72 № 978—72, coordonat cu CCS 30.04.72 № 14—4a.

Scanned with OKEN Scanner

Nivelurile admise de nitraţi în produsele de origine vegetală, folosite local*

Denumirea produsului alimentar	Nivelurile permise NO3/kg a produsului crud			
	teren deschis		teren acoperit	
	R.S.S.M.	U.R.S.S.	R.S.S.M	U.R.S.S.
1. Cartofi timpurii (pînă la 1 august) tîrzii	200 160	250		
2. Varză timpurie (pînă la 1 august) tîrzie	600 400	900 500		
3. Morcov timpuriu (pînă la 1 august) tîrziu	300 200	400 250		
4. Tomate	80	150	250	300
5. Castraveţi	150	150	400	400
6. Sfeclă de masă	1400	1400		
7. Ceapă	80	80		
8. Ceapă verde	400	600	600	800
9. Ardei dulce	150	200		400
10. Gogoşari	150			
11. Dovlecei	400	400		400
12. Bostan	250			
13. Bostan — materie-primă pentru fabricarea conservelor în scopul alimentaţiei copiilor	200			
14. Vinete	250			
15. Ridiche	600			
16. Usturoi	200			
17. Legume foliante (salată, spanac, măcriş, pătrunjel, mărar, ţelină ş. a.)	2000	2000	2500	3000
18. Zămoşi	90	90		
19. Harbuji	60	60		
20. Poamă, sorturi de masă	60	60		
21. Fructe (mere, pere, cireşe, piersice)	60	60		
22. Produsele alimentare pentru copii (legume conservate)		50		

*
1. Medicul sanitar de stat major al U. R. S. S. A. I. Kondrusev 30 mai 1988.
2. Medicul sanitar de stat major al R. S. S. M. V. Dobreanskii 22 noiembrie 1989.

Indicaţii metodice pentru determinarea nitraţilor în produsele vegetale" M., (N5048—89 de la 0407.89).

Scanned with OKEN Scanner

SUPLIMENTUL 12

Recomandaţiile
metodice de bază cu privire la alimentaţia copiilor bolnavi

1. Diagnosticarea şi tratarea glomerulonefritei la copii. M.O.S. U.R.S.S. M., 1976.
2. Principiile de bază ale alimentaţiei copilului bolnav în primul an de viaţă. M.O.S. U.R.S.S., M., 1975
3. Profilaxia şi tratarea rahitismului. M.O.S. U.R.S.S., M., 1978.
4. Diagnosticarea, tratarea şi profilaxia obezităţii la copii. M.O.S. U.R.S.S., M., 1978.
5. Recomendaţii metodice cu privire la alimentaţia copiilor cu diabet zaharat. M.O.S. U.R.S.S., M., 1978.
6. Folosirea produselor dietetice-enpitelor şi amestecurilor lactate cu o cantitate mică de lactoză pentru alimentaţia dietetică a copiilor bolnavi. M.O.S. U.R.S.S., M., 1979.
7. Folosirea produselor dietetice deproteinizate pentru alimentaţia copiilor bolnavi. M.O.S. U.R.S.S., M., 1980.
8. Folosirea amestecurilor acidofile «Maliutca» şi «Malîş» (lichide şi uscate) pentru alimentaţia copiilor sănătoşi şi bolnavi în primul an de viaţă. M.O.S. U.R.S.S., M., 1980.
9. Diagnosticarea şi tratarea pielonefritei la copii. M.O.S. U.R.S.S. M., 1980.
10. Alimentaţia copiilor prematuri. M.O.S. U.R.S.S., M., 1981.
11. Folosirea amestecului lactat «Detolact» în alimentaţia copiilor în primul an de viaţă. M.O.S. U.RS.S., M., 1982.
12. Alimentaţia copiilor în primul an de viaţă. M.O.S. U.R.S.S., M., 1982.
13. Diagnosticarea şi terapia dietetică a alergiei alimentare la copiii în vîrstă antepreşcolară. M. O.S. U.R.S.S., M., 1984.
14. Alimentaţia la bolile cronicc ale organelor digestive. M.O.S. U.R.S.S., M., 1984.
15. Diagnosticarea şi tratarea dislipidemiilor la copii M.O.S. U.R.S.S., M., 1985.

Scanned with OKEN Scanner

LITERATURĂ

Borovic T. A. Cu privire la problema alergiei alimentare la copii în primul an de viață. Aspecte teoretice și practice ale studierii alimentației omului. M., Medicina, 1980, vol. 2, pag. 185.

Kaliniceva V. I. Anemiile la copii. L.: Medicina, 1978, pag. 287.

Kliorin A. I. Obezitatea la copii. M.: Medicina, 1978, pag. 174.

Ladodo K. S., Kisteneova G. S. Boli acute și cronice ale rinichilor. Îndrumar cu privire la alimentația dietetică a copiilor. M.: Medicina, 1980, pag. 305—321.

Ladodo K. S., Trofimenco L. S. Principiile alimentației dietetice la copiii cu obezitate. Probleme ale alimentației, 1981, Nr. 4, pag. 25—27.

Mazurin A. V. Bolile organelor digestive la copii. M.: Medicina, 1984, pag. 630.

Papaian A. V., Țibulkin A. C. Toxicozele acute la copiii de vîrstă antepreșcolară. M.: Medicina, 1979, pag. 137—210.

Tatocenco V. K., Racinschii S. V., Sporov O. A. Boli acute ale organelor respiratorii la copii. M.: Medicina, 1981, pag. 208.

Tur A. F. Îndrumar în terapia dietetică la copiii de vîrstă antepreșcolară. L.: Medicina, 1971, pag. 285.

Frolikis A. V., Goranscaia S. V. Enzimopatiile intenstinale. Chișinău, 1982, pag. 128—134.

Voronțov I. M., Mazurin A. V. Îndrumar cu privire la alimentația dietetică a copiilor. L., Medicina, 1980, pag. 416.

Scanned with OKEN Scanner

CUPRINS

Introducere

Capitolul 1. Principiile de bază ale alimentaţiei copiilor bolnavi 5

Capitolul 2. Caracteristica produselor alimentare principale folosite în alimentaţia copiilor 18

Capitolul 3. Produsele dietetice noi 26

Capitolul 4. Alimentaţia copiilor-sugaci la stările alimentaro-dependente 48

Capitolul 5. Alimentaţia la bolile cronice ale organelor digestive 72

Capitolul 6. Alimentaţia la bolile rinichilor 104

Capitolul 7. Terapia dietetică la dereglările metabolice ereditare la copii 117

Capitolul 8. Alimentaţia la unele boli somatice şi leziuni ale sistemului nervos central 128

Capitolul 9. Alimentaţia în cazul bolilor infecţioase acute . . 140

Capitolul 10. Alimentaţia copiilor bolnavi de obezitate . . . 154

Literatură 191

Справочное издание

А. Вынту, К. Ладодо

КОРМЛЕНИЕ БОЛЬНОГО РЕБЕНКА

(на румынском языке)

Şef de redacţie V. Batîr, Pictor V. Pogolşa. Redactor artistic H. Tarasenco. Tehnoredactor E. Cialova. Corector S. Fleoşter, V. Drăguţan.

IB Nr. 4632

Dat la cules 30.12.1990. Iscălit pentru tipar 29.04.1991. Formatul 84×108 1/32. Hîrtie de tipar pentru cărţi şi reviste. Garnitura literară. Tipar înalt. Coli de tipar 10,08. Impr. crom.-conv. 10,60. Coli editoriale 10,56. Tirajul 20 000. Comanda Nr. 28. Preţul 2 rub.

Editura «Universitas»
277004, Chişinău, b-d. Ştefan cel Mare, 180

Tipografia Centrală, 277068, Chişinău, str. Florilor, 1.
Departamentul de Stat al Republicii Moldova pentru edituri, poligrafie şi comerţul cu cărţi.

Scanned with OKEN Scanner